

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

**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**

CAMILA HÉLEN GROCK

PORTO ALEGRE
2016

CAMILA HÉLEN GROCK

**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**

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

Orientador: Prof. Dr. Francisco Montagner

PORTO ALEGRE

2016

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer ao meu orientador, **Professor Francisco Montagner**, pela sua inigualável ajuda e dedicação para que esse trabalho fosse possível. Obrigada por todos os conhecimentos transmitidos e por sempre estar disposto a ajudar no que fosse necessário. Tenho uma enorme admiração pelo teu trabalho.

À **professora Maria Beatriz Cardoso Ferreira**, pela disponibilidade, pelo auxílio e pelas contribuições neste trabalho, que foram de extrema importância. Muito obrigada!

À professora **Lisiane Bizarro Araújo** e à **Vanessa de Oliveira**, por serem tão atenciosas e pacientes e nos mostrarem um pouco do mundo da psicologia, o que foi de grande valia para que este trabalho pudesse ser realizado.

Ao professor **Thiago Ardenghi**, que mesmo de longe contribuiu muito para o andamento deste trabalho.

Aos professores de endodontia **Régis Burmeister dos Santos, João Ferlini Filho, Fabiana Grecca, Patrícia Kopper, Simoni Luisi, Renata Grazziotin, Marcus Vinícius Reis Só e Roberta Scarparo**, por todos esses anos de convivência, e por todos os ensinamentos que me transmitiram, desde a minha especialização. Tenho muito orgulho em tê-los como mestres.

À minha família, meus pais, **Paulo Grock e Alair Grock**, e meu irmão **Rafael Grock**, pelo esforço que tiveram para me proporcionar todas as oportunidades possíveis para que eu tivesse uma excelente formação profissional. Vocês são essenciais na minha vida, obrigada por todo o apoio e carinho que sempre me deram. Amo muito vocês.

Ao meu maior incentivador, **Eduardo Cachoeira**, pela compreensão, pelo carinho e pela paciência de todas as horas, principalmente nas mais difíceis. Obrigada pelo companheirismo, ao teu lado eu me tornei uma pessoa muito melhor. Te amo.

Aos meus colegas de mestrado, **Alexander, Júlia, Lucas, Luciana e Ramiro**, pela ótima convivência que tivemos nesse período. À todos os meus amigos que torceram pelo meu sucesso e que hoje comemoram comigo mais essa vitória.

RESUMO

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. 82f. Dissertação/Mestrado – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

A odontologia está entre os cursos de graduação em que os alunos referem um alto índice de estresse, devido à extensa carga horária curricular e ao sentimento de autocrítica dos mesmos. Dentre as especialidades da Odontologia, a Endodontia se destaca como sendo uma das áreas de alta complexidade, que pode despertar significativos níveis de estresse em parte dos alunos. Poucos são os estudos que avaliam as experiências dos alunos de graduação relacionadas à execução de tratamentos endodônticos de urgência, especialmente quando associados à realização de procedimentos clínicos. Da mesma forma, pouco se sabe sobre o perfil de qualidade de vida, ansiedade, além das características da qualidade de sono nesta população. O presente estudo teve como objetivos avaliar a experiência dos alunos de graduação em Odontologia na realização de tratamentos endodônticos de urgência e avaliar os níveis de ansiedade, qualidade de vida e características de sono neste grupo de indivíduos. Foram utilizados os seguintes instrumentos para avaliação: IDATE, DASS-21, WHOQOL-BREF E PSQI, além de um questionário para avaliar os níveis de confiança dos alunos para a realização de procedimentos endodônticos de urgência, e escalas numérica e analógica de ansiedade aplicadas no antes e após o atendimento de urgência. Após a aplicação de todos os instrumentos quantitativos, foram sorteados 10 alunos para participar de uma análise qualitativa através de um grupo focal. Um total de 33 alunos participou da pesquisa, a média de idade foi de $21,48 \pm 1,86$ anos. A maioria deles relatou sentir-se “muito confiante” ou “confiante” ao realizar anestesia (57,6%), isolamento absoluto (57,6%) e selamento coronário (72,7%). Entretanto, sentiram-se “pouco confiantes” ou “muito pouco confiantes” durante a realização da pulpotomia/pulpectomia (24,2%) e abertura coronária (15,2%). A média do escore geral de qualidade de vida foi 67,52 DP=14,49. Os alunos que tiveram escore maior que o percentil 75 (27,3%) tanto para o IDATE como para o instrumento DASS-21 foram classificados como “altamente ansiosos”. Os valores das escalas numérica e analógica para ansiedade foram maiores no momento pré-operatório quando comparadas com o pós-operatório ($P < 0,05$ *Teste de Wilcoxon*). A partir de testes de associação (*Teste Qui-quadrado ou Exato de Fischer*), todos os alunos que foram classificados como “altamente ansiosos” não se sentiram confiantes para realizar procedimentos de “abertura coronária” e “pulpotomia/pulpectomia”. De acordo com a pontuação global do PSQI, 72,7% dos alunos possuem qualidade do sono categorizada como ruim. Foi possível concluir que há altos níveis de ansiedade entre os alunos, o que leva a uma redução na confiança antes da realização de procedimentos endodônticos de urgência. Sugere-se um rearranjo nas atividades, possibilitando um maior número de aulas práticas na área de endodontia, tanto em pré-clínicas quanto em clínicas, para diminuir os níveis de ansiedade dos alunos e aumentar o grau de confiança antes da realização de procedimentos endodônticos de urgência. Assim, evidencia-se a constante necessidade de avaliação do processo ensino-aprendizagem em Odontologia e da implementação de medidas que possam contribuir para este crescimento.

Palavras-chave: Endodontia. Ansiedade. Qualidade de vida. Qualidade do sono.

ABSTRACT

GROCK, C.H. Experiences related to the execution of emergency endodontic treatment and levels of anxiety, quality of sleep and quality of life of undergraduate dental students. 2016. 82f. Dissertation/Master degree – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

The undergraduate course in Dentistry brings to the students several experiences that may be associated with significant stress, due to the intensive program and self-criticism. Endodontics is one of the most complex areas in Dentistry, and the learning process of clinical skills may elicit significant levels of stress for the students. There are few reports in the literature that evaluate the experiences of undergraduate students related to the execution of emergency endodontic treatment, especially when conducting clinical procedures. There is also a lack of information on the quality of life, anxiety, besides the characteristics of the quality of sleep in this population. The aim of this study was to evaluate the dental students experience in performing emergency endodontic treatments and assess their anxiety levels, quality of life and sleep characteristics. The following instruments for evaluation were used: STAI, DASS-21, WHOQOL-BREF and PSQI and a questionnaire to assess the students' confidence level to perform each step of an emergency endodontic procedure. Both numerical and analogue scales for anxiety were applied before and after emergency care. After application of all quantitative instruments, ten students were randomly selected to join a focus group to collect qualitative data. A total of 33 students participated in the survey. The mean age of the participants was 21.48 ± 1.86 years-old. Most of them reported feeling "very confident" or "confident" when performing anesthesia (57.6%), rubber dam (57.6%) and coronal sealing (72.7%). However, they felt "little confident" or "very little confident" for performing the access cavity (15.2%) or pulpotomy/pulpectomy (24.2%). The mean score for quality of life was 67.52 (±14.49). Students who had a higher score than the 3rd quartile for both STAI as to the DASS-21 instrument were classified as "highly anxious", comprising 27.3% of the population. The values of the numeric and analog scales for anxiety were lower in the preoperative period when compared with the post-operative period ($P < 0.05$ Wilcoxon Test). All students who were classified as "highly anxious" did not feel confident to perform "the access cavity" and "pulpotomy/ pulpectomy" ($P < 0.05$ Chi Square test). According to the PSQI global score, 72.7% of students had a bad sleep quality. In the present study, it was possible to conclude that there were high levels of anxiety among the students, which leads to a reduction in confidence prior to emergency endodontic procedures. It might be important to suggest a rearrangement in the activities, allowing for more practical classes in Endodontics, for both pre-clinical and clinical training. This approach may contribute to the reduction in students' anxiety levels and increase the degree of confidence before performing emergency endodontic procedures. Thus, there is a need for the constant evaluation on the teaching-learning process in Dentistry and the adoption of measures that can contribute for its improvement.

Keywords: Endodontics. Anxiety. Quality of life. Sleep quality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDI - *Beck Depression Inventory*

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

CID – Classificação internacional de doenças

COMPESQ-ODO – Comissão de Pesquisa em Odontologia

DASS-21 – *Depression Anxiety Stress Scale*

DES - *Dental Environment Stress*

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

ESS – *Epworth Sleepiness Scale*

IDATE – Inventário de ansiedade traço e estado

ISI – *Insomnia Severity Index*

MCR - Morbidade crônica referida

NRS-PÓS – Escala numérica para o período pós-operatório

NRS-PRÉ – Escala numérica para o período pré-operatório

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSQI – *Pittsburgh sleep quality index*

QV – Qualidade de vida

TAG-7 – Escala de ansiedade generalizada

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VAS-PÓS – Escala analógica visual para o período pós-operatório

VAS-PRÉ – Escala analógica visual para o período pré-operatório

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life*

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Código <i>a priori</i> estabelecido como roteiro das discussões no Grupo Focal	33
Figura 2.	Fluxograma de desenvolvimento dos momentos 1, 2 e 3.	34
Figura 3.	Distribuição percentual dos alunos conforme o nível de confiança para a realização de cada etapa do tratamento de urgências endodônticas.	37
Figura 4.	Valores de ansiedade obtidos por meio da Escala Numérica, antes e após a realização dos procedimentos de urgência.	41
Figura 5.	Valores de ansiedade obtidos por meio da Escala Analógica, antes e após a realização dos procedimentos de urgência.	42
Figura 6.	Valores de ansiedade nas Escalas Analógica e Numérica nas etapas pré- e pós-operatória, considerando os fatores sexo e tipo de urgência.	43
Figura 7.	Código <i>in vivo</i> obtido com frases utilizadas pelos alunos durante o grupo focal.	50
Figura 8.	Nuvem de palavras originada a partir da análise do discurso do momento de Grupos Focais.	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Análise descritiva dos escores totais e subdomínios do WHOQOL-BREF.	38
Tabela 2.	Valores relativos aos domínios do instrumento DASS-21.	40
Tabela 3.	Distribuição dos escores de Depressão, Ansiedade e Estresse obtidos por meio do Instrumento DAS-21 (n=33)	41
Tabela 4.	Características clínicas e sócio demográficas da amostra de acordo com grau de confiança na realização de pulpotomias/pulpectomias.	45
Tabela 5.	Características clínicas e sócio demográficas da amostra de acordo com grau de confiança na “abertura coronária”	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	REVISÃO DE LITERATURA	11
2.1	Perfil sócio demográfico do acadêmico de Odontologia	11
2.2	O ensino de endodontia em cursos de graduação	13
2.3	Qualidade de vida e sua avaliação	16
2.4	Ansiedade	19
2.5	Depressão	20
2.6	Estresse	21
2.7	Dass-21 (Depression Anxiety Stress Scale)	22
2.8	Qualidade do sono	23
2.9	Pesquisa qualitativa e avaliação de ensino-aprendizagem em Odontologia	25
3	OBJETIVOS	28
4	MÉTODOS	29
5	RESULTADOS	36
6	DISCUSSÃO	52
7	CONCLUSÃO	63
	REFERÊNCIAS	64
	ANEXO 1	70
	ANEXO 2	71
	ANEXO 3	73
	ANEXO 4	75
	ANEXO 5	76
	ANEXO 6	78
	APÊNDICE 1	80
	APÊNDICE 2	82

1 INTRODUÇÃO

O processo de aprendizagem em Odontologia tem sido reconhecido como complexo e altamente exigente, tendo em vista que os alunos devem adquirir diversas competências, incluindo conhecimentos teóricos, práticos, clínicos e habilidades interpessoais. Entre as disciplinas ofertadas nos cursos de graduação em Odontologia, a Endodontia é considerada por muitos estudantes como uma área de alta complexidade, difícil e estressante. Dentre os motivos reportados, os fatores que auxiliam para essa percepção, do ponto de vista dos alunos, é a sua reduzida confiança para realizar diagnósticos e tratamentos endodônticos de dentes polirradiculares (ROLLAND; HOBSON; HANWELL, 2007).

A qualidade de vida relacionada a estudantes Universitários é um assunto que vem sendo discutido desde a década de 80. Um dos estudiosos do tema, Benjamin, 1994, conceitualizou a Qualidade de Vida dos Estudantes (QVE) como “a percepção de satisfação e felicidade, por parte do estudante, em relação a múltiplos domínios de vida, à luz de fatores psicossociais e contextuais relevantes a estruturas de significados pessoais” (BENJAMIN, 1994). Apesar deste ser um assunto que vem sendo discutido há muitas décadas, poucos são os estudos que relatam a qualidade de vida em estudantes de graduação em Odontologia.

Existem diversos fatores capazes de interferir negativamente na qualidade de vida de estudantes Universitários. O estresse é um desses fatores, e é considerado multifatorial decorrente tanto do ambiente acadêmico como sócio cultural. O estresse em acadêmicos pode ser atribuído a questões emocionais ou financeiras e, portanto pode ser uma das razões para que também persista na vida profissional destes estudantes (KUMAR et al., 2009). Os principais fatores estressantes dos alunos de Odontologia são a limitação de tempo de lazer, a ansiedade antes das provas e a fase de transição entre as etapas de pré-clínica e clínica, sendo que estes podem sofrer de exaustão emocional grave e ainda queixam-se de falta de realização pessoal (POHLMANN et al., 2005).

Os estudantes de nível superior são em sua maioria jovens, que estão em transição entre a adolescência e a idade adulta. Estes normalmente apresentam um padrão de sono irregular, caracterizado por atrasos de início e final do sono dos dias de semana para os finais de semana, sendo um período de curta duração de sono nos dias de semana e longa duração de sono nos finais de semana. Também há uma tendência de maior privação de sono nesses indivíduos, com tendência à sonolência excessiva diurna e conseqüentemente, queda no desempenho acadêmico, bem como perda de memória e inconstância no humor, com sinais de ansiedade e irritabilidade (ALMONDES; ARAÚJO, 2003).

Indivíduos com história familiar de depressão ou ansiedade têm um alto risco de desenvolver distúrbios do sono (GOLDMAN-MELLOR, GREGORY; CASPI; 2014). A ansiedade não está associada apenas com a insônia, mas também com a má qualidade do sono e com a sonolência diurna excessiva entre estudantes universitários (CHOEUERY et al., 2016). Também é considerada um fator que contribui para que esses indivíduos tenham sua qualidade de vida diminuída (ANTONELLI et al., 2004).

Estudos que avaliem as percepções dos estudantes de Odontologia, em relação à ansiedade, depressão, estresse, qualidade de vida e qualidade do sono são escassos na literatura. Sabendo-se que os níveis de ansiedade, depressão, estresse, são altos neste grupo de indivíduos, surge a necessidade de adequar o atual sistema de ensino Odontológico, criando um ambiente de aprendizagem livre de fatores estressores. Sendo assim, é necessário um trabalho em equipe, com professores, especialistas em educação e alunos, para rever as estratégias de ensino durante a graduação em Odontologia, visando criar um ambiente acadêmico favorável à formação de futuros profissionais da saúde (BATHLA et al., 2015).

Portanto, torna-se necessário obter informações relativas às experiências dos alunos de graduação relacionadas à execução de tratamentos endodônticos de urgência, especialmente quando associados à realização de um procedimento ou grupo de procedimentos clínicos. Da mesma forma, pouco se sabe sobre o perfil de ansiedade e as características

da qualidade de sono nesta população. Assim, torna-se necessário obter informações relativas a estes parâmetros, com o objetivo de permitir o desenvolvimento de métodos complementares de ensino que reduzam este possível desconforto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Perfis sócios demográfico do acadêmico de Odontologia

No Brasil, o curso de Odontologia foi criado em 25 de Outubro de 1884, pelo do Decreto nº 9311. O curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul teve início em 1898, em anexo as faculdades de Medicina e Farmácia. Desde então, a faculdade vem sofrendo mudanças no seu currículo, com o objetivo de adequar os cirurgiões-dentistas em formação à realidade da população a que serviriam. Em 2005, iniciou o “Novo ciclo”, que é o que está em vigor até os dias de hoje. Nesta nova etapa, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, o ensino atual tem por objetivo a formação de um profissional crítico, capaz de atuar no sistema de saúde vigente, com conceitos de integralidade de atenção, construindo a identidade do cuidador (PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO DIURNO DE ODONTOLOGIA).

A partir da implementação de novos currículos e de novas faculdades de Odontologia espalhadas pelo país, ficou imprescindível o conhecimento do perfil sócio demográfico dos alunos que as frequentam. De acordo com um estudo realizado em três universidades públicas do estado de São Paulo, mais da metade dos alunos tinham pais com ensino superior e renda alta. Dentro dos principais motivos que levaram os participantes a escolher o curso de Odontologia estavam o interesse por estudar Odontologia, a realização profissional, admiração por dentistas e por ser um curso que trabalha muito com habilidade manual (37%). Apenas 3,2% afirmou que não tinha o curso de Odontologia como sua primeira escolha (SANTOS et al. 2013). Considerando o nível de renda mensal da família, Silva et al. (2012) encontraram associação significativa entre alto padrão de vida e aprovação dos alunos no vestibular para

o curso de Odontologia de uma universidade pública de Goiás, imediatamente após concluir o ensino médio.

Um estudo transversal observacional foi realizado entre os alunos ingressantes na Faculdade de Odontologia da UFRGS no ano de 2014 para avaliar o perfil dos ingressantes. Dos 88 candidatos aprovados no vestibular, 84 participaram do estudo, respondendo a um questionário realizado no momento da matrícula. Do total de participantes, 75% eram mulheres, 89,2% tinham de 17 a 22 anos de idade, brancos (81%), solteiros (91,7%), sem filhos (96,4%), com até cinco irmãos (85,8%) e naturais do Rio Grande do Sul (96,4%). Não foram os primeiros da família a cursar o ensino superior (77,4%), frequentaram algum curso pré-vestibular (82,1%), realizaram até dois vestibulares (52,4%) antes de ingressarem no curso de Odontologia da UFRGS e tiveram o intervalo entre o final do ensino médio e o início do ensino superior de até 1 ano (48,8%). Os ingressantes cursaram o ensino fundamental (45,2%) e médio (54,7%) exclusivamente em escola privada. 64,2% residem com os pais e não trabalham (90,4%). A renda familiar mensal foi, para 59,5%, de 1 a 10 salários mínimos. A presença de cirurgião-dentista na família foi relatada por 36,9% dos estudantes. A maioria dos estudantes (76,2%) relatou não ter frequentado outro curso de graduação antes de ingressar na Odontologia. Consideram a Odontologia como o curso de sua preferência (85,7%) e sentem-se seguros ou completamente seguros na escolha pelo mesmo (83,3%). Optaram pelo curso de Odontologia pela 'realização pessoal e profissional', seguido pela 'segurança e tranquilidade no futuro, posição social e conforto financeiro' e pelo 'interesse em atuar na comunidade'. Com relação às expectativas do curso, os estudantes esperam 'fazer um bom curso/gostar do curso/ realizar um sonho' e 'formação qualificada/competência profissional (NÚCLEO DE AVALIAÇÃO DA UNIDADE DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS).

Ao analisar o perfil de 290 estudantes do último semestre do curso de odontologia da UFRGS, de 2010 a 2014 através da aplicação de questionário semiestruturado pela própria universidade foram obtidos diversos dados. A maioria dos formandos (67,2%) tem idade entre 23 e 25 anos, do sexo feminino (65,9%), solteiro (96,5%), sem filhos (96,6%), natural do estado do Rio Grande do Sul (92,1%) e que não começou outro curso de nível superior antes de

ingressar na Odontologia (81%). Ao longo da formação, 96,9% dos estudantes relataram ter realizado monitorias acadêmicas, participaram de projetos de pesquisa como bolsistas de iniciação científica e/ou projetos de extensão. Esses estudantes não possuem dentista na família (65,5%). Seus pais estão trabalhando (pais: 65,5% e mães: 58,2%) e possuem ensino superior completo (pais: 51% e mães: 58,6%). 37,6% dos estudantes relataram renda familiar entre 6 a 10 salários mínimos. Os estudantes mostraram-se satisfeitos com a escolha profissional (94,5%). Os motivos mais citados que levaram os estudantes a optarem pela Odontologia foram: realização pessoal e profissional, seguida pela segurança e tranquilidade no futuro/posição social e conforto financeiro e pela influência de cirurgiões-dentistas parentes ou amigos. O curso de Odontologia da UFRGS foi avaliado pelos estudantes como bom (55,2%) e ótimo (38,3%). Os estudantes pretendem trabalhar de forma articulada no setor público e privado (51,7%) e continuar se aperfeiçoando após a graduação (96,9%). Dedicariam 40 horas semanais para trabalhar no serviço público junto a uma Equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (51,4%) (NÚCLEO DE AVALIAÇÃO DA UNIDADE DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UFRGS).

Baseado nos estudos que avaliaram o perfil sócio demográfico dos estudantes de Odontologia, pode-se observar que há um predomínio de alunos do sexo feminino em todas as Universidades. A maioria dos estudantes é composta de jovens, entre 17 e 25 anos, solteiros, e que nunca cursaram outro curso de graduação anterior à Odontologia.

2.2 O ensino de Endodontia em Cursos de Graduação

A realização de tratamentos endodônticos em uma abordagem do tratamento integrado, quando não está relacionado com situações agudas e de urgência, é implementado após o controle periodontal e controle da cárie. A endodontia possibilitará o início de um trabalho restaurador ou protético de um ou mais dentes, os quais deverão ser avaliados minuciosamente no plano, tanto laboratoriais quanto clínicos, de um trabalho reabilitador (COELHO-DE-SOUZA et al., 2009).

De acordo com o Projeto Pedagógico do Curso Diurno de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a Endodontia está inserida em dois momentos principais: as atividades de Pré-clínica Odontológica, e posteriormente em atividades de Clínica Odontológica. São realizados na Clínica Odontológica I tratamentos endodônticos de menor complexidade, em dentes monorradiculares. Na Clínica Odontológica II, os acadêmicos realizam tratamentos endodônticos de média complexidade, tais como tratamentos de pré-molares e molares. Tratamentos endodônticos de complexidade média e avançada tais como molares e retratamentos endodônticos, podem ser realizados nas Clínicas Odontológicas III e IV. Todos os tratamentos são realizados mediante elaboração de plano de tratamento e também sob a supervisão e orientação docente.

A percepção dos alunos quanto ao processo de aprendizagem de Endodontia durante a graduação em Odontologia tem sido pouco reportada na literatura (SEIJO et al., 2013). Entretanto, considera-se a opinião dos estudantes a respeito do ensino de Endodontia importante para que se faça uma avaliação e adequações, quando necessárias, com o objetivo de melhorar o processo de ensino-aprendizagem (HENZI, 2005).

De acordo com a experiência de aprendizagem em Endodontia com base nas percepções dos estudantes, os principais pontos a serem destacados que podem afetar o ensino e a aprendizagem de Endodontia foram: faltas e atrasos dos pacientes, as dificuldades encontradas nos 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. (SEIJÓ et al., 2013)

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. Os estudantes relatam que o tratamento de molares superiores é o procedimento mais temido por eles. Entre os alunos estudados, 90,5% se sentia seguro em realizar tratamento endodôntico de casos que abrangiam o seu limite de conhecimento e habilidade. Para os mesmos, os

casos mais difíceis mereciam ser encaminhados para um especialista em endodontia (TANALP, PAMUKÇU, OKTAY, 2013).

Existem diferenças significativas entre os níveis de confiança (coragem proveniente da convicção no próprio valor) e competência (conjunto de conhecimento, habilidade e atitudes) 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. Foi demonstrado 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 demonstravam menores índices de confiança para realização, tais como: a indicação de tratamento restaurador com uso de pino intra-canal; a realização de restaurações com retenção intra-canal; 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 do ensino, tais como, o aumento no número de sessões em atividades pré-clínica, aulas de reforço em laboratório e melhor distribuição dos professores nos turnos de clínicas odontológicas (DAVEY, BRYANT, DUMMER, 2014)

Murray e Chandler (2014) relataram que 23,3% dos alunos de graduação em Odontologia considerou a execução do primeiro tratamento endodôntico realizado na clínica como “difícil” e 6% “muito difícil”. Observou-se ainda que 50% dos entrevistados afirmou que Endodontia era uma disciplina difícil quando comparada às outras áreas da odontologia.

Apesar do ensino da Endodontia compreender métodos didáticos divididos em etapas de pré-clínicas e clínicas, com um grande número de aulas teóricas e práticas, muitos estudantes ainda a classificam como a área de maior complexidade da Odontologia. Além disso, não se sentem capazes de realizar um tratamento endodôntico sem o auxílio do professor. Dessa forma, é possível de perceber que há uma lacuna nos métodos de ensino atualmente aplicados na disciplina, sendo necessárias algumas adequações na disciplina de Endodontia para melhorar o aprendizado.

2.3 Qualidade de vida e sua avaliação

O conceito de qualidade de vida foi determinado no final da década de 1970 e, está relacionado às experiências subjetivas de cada indivíduo em levar uma vida boa ou ruim. Embora o conceito de qualidade de vida tenha se difundido e venha sendo utilizado em várias áreas por todo o mundo, não existe uma definição específica ou generalizada. O primeiro a conceituar o termo qualidade de vida foi Aristóteles (384-322 a.C.). Segundo ele uma boa qualidade de vida é alcançada quando o indivíduo realiza ou executa em sua vida aquilo que ele tem de melhor; ou ainda quando o indivíduo torna-se o tipo de pessoa que ele realmente gostaria de ser. Pode ainda ser definida como o grau com que as pessoas gozam das possibilidades que a vida oferece. Desordens gerais, incluindo a saúde oral e os sintomas das doenças causadas por ela, podem influenciar significativamente na qualidade de vida de uma população (DUGAS et al., 2002).

Para mensurar saúde é importante distinguir funções e atividades corporais do indivíduo, que descrevam as características intrínsecas do indivíduo (funções corporais e capacidades funcionais) e a participação dos fatores ambientais. Em 1947 a OMS (Organização Mundial da Saúde) definiu “saúde” como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades”. Por se tratar de uma definição muito vaga, o grupo “World Health Organization Quality of Life” (WHOQOL) propõe que a experiência saúde seja entendida como uma condição de saúde subjacente, níveis de funcionalidade ou diminuição da funcionalidade (ou seja, incapacidade), corporal, individual ou social, avaliações do estado de saúde, avaliações subjetivas da experiência de saúde e fatores de risco para a saúde. De forma objetiva, estão interessados no status de saúde do indivíduo (FLECK, et al., 2000).

A distinção entre qualidade de vida e qualidade de vida relacionada à saúde é fundamental. O ponto de partida para a definição de qualidade de vida relacionada à saúde foi dado a partir do conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), mas ao mesmo tempo levantou o questionamento sobre que

outras áreas deveriam ser incluídas além da física, mental e social. Atualmente sabe-se que qualidade de vida é um constructo multidimensional melhor conceituado na forma de domínios e facetas de domínios (FLECK et al., 2000).

Segundo Fleck (2008), a partir dos anos 70 é que indicadores da área da saúde passaram a encabeçar o processo de mensuração e avaliação da qualidade de vida. Ao menos seis vertentes contribuíram no processo de reestruturação do conceito da qualidade de vida: indicadores sociais, pesquisas de base epidemiológica sobre felicidade e bem-estar, insuficiência de medidas objetivas no desfecho em saúde, psicologia positiva, satisfação do cliente e humanização da medicina.

O instrumento de avaliação de qualidade de vida deve ser capaz de mostrar como as manifestações de uma doença ou tratamento são experimentadas pelo indivíduo, valorizando aspectos da vida que geralmente não são considerados como “saúde” (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2004). O WHOQOL é um instrumento utilizado para avaliar qualidade de vida. A versão original (WHOQOL-100) consiste em 100 questões, entretanto, a necessidade de instrumentos curtos que demandem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o Grupo de Qualidade de vida da OMS desenvolvesse uma versão abreviada (WHOQOL-bref), para facilitar e reduzir o tempo demandado para aplicação. O WHOQOL-bref possui 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original. Essa versão é composta por 4 domínios: físico (sete questões sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, uso de medicamentos e capacidade para o trabalho), psicológico (seis questões sobre sentimentos positivos e negativos, pensar e aprender, memória e concentração, imagem corporal e espiritualidade), relações sociais (três questões sobre relações pessoais, suporte social e atividade sexual), meio-ambiente (oito questões sobre segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, atividades de lazer, ambiente físico e transporte). Todas as questões têm cinco opções de respostas do tipo Likert e devem ser considerados os quinze dias anteriores para

o autopreenchimento do instrumento, cujo tempo despendido é de dez a quinze minutos. Os escores obtidos são transformados em uma escala linear que varia de 0-100, sendo estes respectivamente os valores menos e mais favoráveis de qualidade de vida, conforme sintaxe proposta pelo grupo que formulou o WHOQOL. Esse instrumento foi validado para o português no ano de 2000 (FLECK, et al., 2000).

Qualidade de vida de estudantes Universitários tem se tornado uma preocupação recente dos pesquisadores brasileiros, e até o momento, existem poucos relatos na literatura que dissertem sobre a qualidade de vida em estudantes de Odontologia. Uma das pesquisas encontradas sobre o tema foi realizada na Universidade do Estado do Rio de Janeiro com o objetivo de conhecer em que extensão, variáveis sócio demográficas, de saúde, forma de ingresso e o ano da graduação influenciam os domínios de qualidade de vida dos estudantes de Medicina, visto que 45% das vagas da universidade são reservadas para cotistas, estudantes com carência socioeconômica. Nos meses de abril e maio de 2010, 394 estudantes com idade média de 23 anos participaram da pesquisa. Os domínios de qualidade de vida (QV) foram medidos utilizando o questionário WHOQOL-bref. Os menores escores de QV observados foram para: mulheres, alunos com presença de morbidade crônica referida (MCR), cotistas, alunos da classe C e do terceiro e sexto ano de faculdade. O estudo demonstrou que é necessário identificar e acolher as necessidades de saúde dos futuros médicos, já que os aspectos físicos, emocionais e socioculturais, podem influenciar na qualidade de vida e conseqüentemente no desempenho acadêmico (CHAZAN, CAMPOS, PORTUGAL, 2015).

Outro estudo foi realizado na cidade de Izmir, Turquia, na Ege University School of Nursing para avaliar a relação entre a satisfação com a vida e a qualidade de vida dos alunos do curso de Enfermagem. Entre o ano letivo de 2007-2008, 396 estudantes responderam os questionários “Student Description Form” e “WHOQOL-Bref”. Foi observada uma relação positiva entre a satisfação dos estudantes com a vida e a sua qualidade de vida. Além disso, foi determinado que ser um estudante de enfermagem teve um efeito positivo sobre a relação da satisfação de vida destes alunos. Os autores sugerem que o sistema de educação seja concebido de tal forma a tornar os alunos mais

ativos, para melhorar a percepção de satisfação com a vida e a qualidade de vida. Fatores que afetam a qualidade de vida escolar devem ser investigados com mais detalhes, especialmente com aconselhamentos psicológicos. Nos primeiros anos do ensino, os alunos devem receber orientações de como adaptar-se na universidade e, nos anos finais, devem ser aconselhados de como resolver as suas ansiedades de como iniciar a carreira (YILDIRIM; KILIC; AKYOL, 2013).

2.4 Ansiedade

A etiologia da palavra ansiedade provém do termo grego *anshein*, e refere-se a estrangular, sufocar e oprimir. A palavra angústia, um correlato de ansiedade, tem origem no latim, *angor*, que significa opressão ou falta de ar. Esses termos referem-se à subjetividade da palavra ansiedade, associando-a a expressões corporais (GRAEFF, 1999).

O Estado de ansiedade pode ser entendido como um estado emocional transitório ou condição do organismo humano que é caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão conscientemente percebidos, e por aumentos na atividade do sistema nervoso autônomo. Escores de ansiedade “estado” podem variar em intensidade e flutuar no tempo (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 2003).

O traço de ansiedade refere-se a diferenças individuais relativamente estáveis em propensão à ansiedade, isto é, as diferenças na tendência a reagir a situações percebidas como ameaçadoras com elevações de intensidade no estado de ansiedade. Como um conceito psicológico, traço de ansiedade tem características de uma classe de constructos chamados de “motivos”, que são como disposições que permanecem latentes até que uma situação as ative, ou “disposições comportamentais adquiridas”, que envolvem resíduos de experiências passadas que predispõem um indivíduo tanto a ver o mundo de determinada forma quanto a manifestar reações objetivas e realísticas (SPIELBERGER; GORSUCH; LUSHENE, 2003).

A partir dos conceitos de Ansiedade-Traço e Ansiedade-Estado, Charles Spielberger desenvolveu um instrumento de avaliação dessas variáveis, o IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado). O inventário é composto de duas escalas distintas de auto relatório. A escala de traço de ansiedade consiste de 20 afirmações que requerem que os sujeitos descrevam como geralmente se sentem, já na escala estado de ansiedade, as 20 afirmações requerem dos indivíduos indicar como geralmente se sentem em um determinado momento. O inventário de Ansiedade Traço-Estado é aplicável a qualquer população, e possui adaptação, tradução e validação para o português (BIAGGIO, 1980).

Em 2010, Kaipper realizou uma análise psicométrica de Rasch, com a proposta de reduzir e refinar o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Após análises, alguns itens da escala estado foram eliminados (itens 3,4,9,10,12,15 e 20) e da escala traço (itens 4,6,11,14,15 e 19) devido a inadequação do modelo estatístico. Os resultados demonstraram que a aplicação do modelo de Rasch conduziu o refinamento da escala, sugerindo que versões mais sucintas do inventário apresentam desempenho psicométrico mais adequado (KAIPPER et al., 2010).

Em um estudo realizado com 1.112 universitários ingressantes e concluintes de uma Instituição de Ensino Superior do Noroeste do Paraná para analisar os níveis de ansiedade, foram utilizados os instrumentos padronizados: IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado) e o BAI (Beck Anxiety Inventory). Os escores de ansiedade foram maiores nos alunos concluintes, do sexo feminino e matriculados no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde ($p < 0,05$). Foi concluído que universitários concluintes apresentam níveis mais altos de ansiedade quando comparados aos ingressantes (de CARVALHO et al.; 2015).

2.5 Depressão

Depressão pode ser definida como um transtorno invasivo com uma combinação de sintomas como motivação reduzida e falta de prazer. De acordo com o último relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), a depressão está em quarto lugar entre as principais causas de ônus entre todas as doenças.

As perspectivas são ainda mais sombrias, se persistir a incidência de da depressão, até 2020 ela ocupará a segunda posição, atrás apenas da doença isquêmica cardíaca (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. RELATÓRIO SOBRE A SAÚDE NO MUNDO, 2001).

No início do século XXI, a depressão foi considerada uma doença mental, catalogada na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com Saúde (CID) e no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM). Sendo assim, recebeu abordagens científicas, como a médica, a psicanalítica e a cognitiva. No senso comum, é possível observar visões filosóficas, religiosas e até poéticas sobre o tema (GONÇALVES; MACHADO, 2007).

A heterogeneidade dos sintomas da depressão faz com que seja difícil para elucidar o mecanismo molecular para a fisiopatologia da depressão. A depressão está diretamente associada com alguns distúrbios do sono, como por exemplo, a insônia. Apesar dessa associação, os comportamentos depressivos na regulação do sono ainda permanecem desconhecidos (AIZAWA et al., 2013).

2.6 Estresse

Nos últimos anos pesquisadores têm mostrado interesse em compreender o estresse, já que existem evidências de que ele está intimamente relacionado com problemas na saúde. O conceito de estresse é muito amplo e ambíguo para ser definido de forma categórica. Existem várias teorias que divergem sobre a sua natureza, uma vez que pode ser um estímulo, uma resposta ou uma interação (REIS; HINO; ANEZ, 2010).

Um estudo realizado na faculdade de Odontologia da Grazi University, Ankara, Turquia, teve como objetivo identificar fatores de estresse, avaliar os níveis de estresse entre estudantes de odontologia da Turquia e também investigar o papel do ano de estudo e o sexo no estresse percebido. O estudo incluiu 308 estudantes de Odontologia e utilizou três questionários: Dental Environment Stress (DES), Beck Depression Inventory (BDI) e State Trait Anxiety Inventory (IDATE). De acordo com os resultados obtidos, a maioria dos fatores

que provocam estresse foi o medo de repetir o ano, a conclusão dos pré-requisitos clínicos e quantidade de trabalho atribuído. Houve diferença estatisticamente significativa entre anos de estudo e de sexo para as médias da escala DES, mas nenhuma diferença estatisticamente significativa foi encontrada entre os anos de estudo para as escalas BDI e IDATE. Houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos para o IDATE. Este estudo demonstrou que os fatores de estresse percebidos pelos estudantes que estavam na parte da clínica eram muito semelhantes e os níveis de estresse desses alunos foram menores do que os estudantes que ainda estavam na pré-clínica (PEKER, et al., 2009).

2.7 DASS-21 (DEPRESSION ANXIETY STRESS SCALE)

Depressão, ansiedade e estresse podem ser medidos através da escala DASS-21 (Depression anxiety stress scale) composta de 21 questões subdivididas em 3 grupos de acordo com o estado emocional do paciente: depressão, ansiedade e stress. O subgrupo depressão avalia sintomas como: inércia, anedonia, disforia, falta de interesse/envolvimento, auto-depreciação, desvalorização da vida e desânimo. O subgrupo ansiedade avalia: excitação do sistema nervoso autônomo, efeitos do músculo-esquelético, ansiedade situacional e experiências de ansiedade subjetivas. Por fim, o subgrupo estresse avalia a dificuldade para relaxar, excitação nervosa, fácil perturbação, agitação, irritabilidade, reações exageradas e impaciência (APOSTOLO; MENDES; AZEREDO, 2006). Em 2014, essa escala foi adaptada e validada para o português do Brasil (VIGNOLA; TUCCI, 2014).

Foi realizado um estudo na Universidade Alfaisal, em Riyadh, Arábia Saudita, para avaliar os traços de depressão, ansiedade e estresse em estudantes de medicina. Todos os 575 estudantes de medicina, de todos os períodos, participaram preenchendo a escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21). Primeiramente os alunos responderam o questionário 2-3 semanas antes de um exame importante (pré-exame), e em segundo lugar, durante as aulas regulares (pós-exame). Os alunos tiveram níveis de depressão,

ansiedade e estresse mais elevados quando responderam o questionário no pré-exame. Além disso, níveis mais elevados de depressão, ansiedade e estresse foram encontrados principalmente em mulheres e em fumantes. Os alunos relataram que a carga horária de estudos e as agendas lotadas foram as principais razões para as altas pontuações no DASS-21 (KULSOOM; AFSAR, 2015).

Estudantes de Medicina e de Odontologia apresentam altos níveis de ansiedade (66,4%), estresse (70,9%) e depressão (69,4%). Em um estudo realizado com 422 alunos na Arábia Saudita demonstrou que em geral, as estudantes de medicina do sexo feminino apresentam maior angústia psicológica quando comparadas com os estudantes de Odontologia. Depressão foi a única variável que pode ser correlacionada com a diminuição do desempenho acadêmico destes estudantes. Sendo assim, há necessidade de novas metodologias para a redução dos níveis alarmantes de depressão, ansiedade e estresse em estudantes de Medicina e Odontologia (ABOALSHAMA; HOU; STRODL, 2015).

2.8 Qualidade do sono

O conceito de qualidade do sono, de acordo com Buysse, et al. (1989), é a capacidade que o indivíduo tem de manter o sono em ótimo estado por longos períodos durante a noite. Qualidade do sono pode ser considerada como um fenômeno de difícil mensuração, tendo em vista que existem dados quantitativos para avaliação, tais como, duração do sono e latência do sono (número de despertares), e também dados subjetivos como, por exemplo, a profundidade e a tranquilidade do sono (BERTOLAZI *et al.*, 2011).

Processos neurobiológicos associados com o sono são necessários em todas as espécies para a manutenção da saúde física e mental dos indivíduos. Distúrbios do sono podem causar diminuição no desempenho escolar, no trabalho e também nas relações sociais e familiares. Indivíduos que sofrem de algum distúrbio do sono têm sua qualidade de vida diminuída, sendo

necessária a assistência médica para diagnóstico e tratamento (ANTONELLI, et al., 2004).

Existem ferramentas que foram desenvolvidas para avaliar e investigar profundamente a presença de distúrbios do sono. Uma delas é o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (PSQI), que é um instrumento válido e confiável usado para medir a qualidade e os distúrbios do sono ao longo de um período de um mês (SHOCHAT et al., 2007). O PSQI inclui 19 itens de auto-avaliação e 5 itens que devem ser respondidos por um colega ou companheiro de quarto. As 19 questões geram sete escores dos componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono habitual, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna, (pontuação variando de 0 a 3). A soma das pontuações dos sete componentes produz uma pontuação PSQI global (variando 0-21). Uma pontuação geral elevada representa uma pior qualidade do sono (BUYSSE, 1989). Essa escala foi traduzida e validada para o português (BERTOLAZI et al., 2011).

Durante o ano letivo de 2013-2014, foi realizado um estudo com 462 estudantes da Universidade Saint-Joseph no Líbano, dos cursos de Medicina, Odontologia e Farmácia. Foram aplicados quatro questionários para avaliar os índices de sono e ansiedade destes alunos (Insônia Índice de severidade- ISI, índice de qualidade de sono de Pittsburg- PSQI, Escala de Sonolência Epworth- ESS e a Escala de Ansiedade Generalizada- TAG-7). A prevalência de insônia foi significativamente mais frequente nos alunos do primeiro ano. Alunos com índices de ansiedade elevados sofrem mais com problemas de insônia do que aqueles com baixos índices de ansiedade. De acordo com os autores, o estudo ressaltou a importância de examinar a qualidade do sono na população de estudantes (CHOEUERY, et al., 2016).

Foi realizado um estudo na cidade de Minas Gerais, Brasil, para avaliar a associação entre bruxismo do sono, bruxismo acordado e qualidade do sono entre os estudantes de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais. O estudo incluiu 183 estudantes com idades entre 17 e 46 anos. O PSQI foi utilizado para a coleta de dados durante aulas teóricas dos alunos do primeiro semestre, do quarto semestre e do último ano de graduação. Houve uma

associação entre bruxismo e distúrbios do sono. Na população estudada, um total de 28 alunos teve a qualidade do sono classificada subjetivamente como muito boa (15,4%), 105 como boa (57,7%), 47 como ruim (25,8%) e apenas dois alunos tiveram a qualidade do sono classificada como muito ruim (1,1%). Os resultados do presente estudo revelam que a qualidade do sono é um fator importante que afeta estudantes de Odontologia com bruxismo do sono e bruxismo acordado. Deve-se dar mais atenção para a qualidade do sono de estudantes de graduação. Campanhas educativas interdisciplinares devem ser encorajadas, salientando a importância da qualidade do sono para a saúde física e emocional dos jovens (SERRA-NEGRA, et al., 2014).

2.9 Pesquisa qualitativa e avaliação de ensino aprendizagem em Odontologia

Os perfis de qualidade de vida, qualidade de sono e ansiedade, podem ser medidos através de instrumentos quantitativos, por meio de escalas com escores pré-determinados. No entanto, o rigor deste plano previamente estabelecido pode não ser suficiente para obtenção de todos os dados que o pesquisador busca. Sendo assim, surge outra modalidade de pesquisa, a qualitativa, na qual o pesquisador obtém dados mediante contato direto e interativo com o objeto de estudo.

Torna-se cada vez mais difícil encontrar uma definição universal para a pesquisa qualitativa, tendo em vista que não é apenas uma pesquisa “não quantitativa”. A pesquisa qualitativa possui muitos enfoques, no entanto é possível identificar algumas características comuns entre eles: analisar experiências de indivíduos ou grupos, examinar interações e comunicações que estejam se desenvolvendo e investigar documentos ou traços semelhantes de experiências ou interações (BARBOUR, 2009).

A pesquisa qualitativa se abstém de estabelecer um conceito bem definido daquilo que se estuda e de formular hipóteses no início para depois testá-las, em vez disso, os conceitos são desenvolvidos e refinados no processo da pesquisa. Os métodos e a teoria devem ser adequados àquilo que se estuda.

Os pesquisadores são uma parte importante do processo de pesquisa. Este tipo de pesquisa leva a sério o contexto e os casos para entender uma questão em estudo. Uma parte importante da pesquisa qualitativa está baseada em textos e na escrita, desde notas de campo e transcrições até descrições e interpretações e, finalmente, à interpretação dos resultados e da pesquisa como um todo. Ainda que os métodos tenham de ser adequados ao que está em estudo, as abordagens de definição e avaliação da qualidade da pesquisa qualitativa devem ser discutidas de formas específicas, adequadas à pesquisa qualitativa e à abordagem específica dentro dela (BARBOUR, 2009).

Uma das ferramentas de pesquisa qualitativa são os grupos focais, que emergiram no ano de 1940 quando foram inicialmente utilizados por Paul Lazarsfeld, Robert Merton e colegas na Agência de Pesquisa Social Aplicada da Universidade de Colúmbia para testar as reações às propagandas e transmissões de rádio durante a Segunda Guerra Mundial, e originalmente o denominaram de “entrevistas focais” (MERTON, 1987). Grupos focais, que também são chamados de “entrevistas em grupo” ou “discussões em grupo”, são ferramentas de pesquisa qualitativa que levam a circunstâncias multifacetadas e podem levantar debates metodológicos passionais e potencialmente contraditórios. Essa ferramenta de pesquisa qualitativa baseia-se em gerar e analisar a interação entre participantes, em vez de perguntar a mesma questão para cada integrante do grupo por vez, o que seria a abordagem favorecida pelo o que é mais usualmente referido como sendo “entrevista em grupo” (FREY; FONTANA, 1993).

Entrevistas de grupos focais visam entrevistar um grupo, que é visto como detendo uma visão consensual, em vez de ser o processo de criar o consenso pela interação em uma “discussão de grupo focal”. Qualquer discussão em grupo pode ser chamada de um grupo focal, contanto que o pesquisador esteja ativamente atento e encorajado às interações do grupo (KITZINGER; BARBOUR, 1999).

Grupos focais estimulam à interação do grupo, garantindo que os participantes conversem entre si em vez de interagir somente com o pesquisador ou “moderador”. Com isso, há a necessidade de o pesquisador desenvolver um

guia de tópicos (roteiro) e selecionar materiais para estimular e incentivar a interação do grupo (BARBOUR, 2009). Uma pesquisa qualitativa baseada em entrevistas foi realizada com doze cirurgiões-dentistas recém-formados de uma Universidade do Canadá, tendo em vista que estudantes de Odontologia podem apresentar altos níveis de estresse. As entrevistas foram gravadas e transcritas em um processo que incluiu codificação, exibição e interpretação dos dados. Os alunos foram classificados como altamente estressados, moderadamente estressados e alunos relaxados. Cinco alunos foram classificados como “altamente estressados” e estes relataram que o estresse teve repercussões negativas para sua saúde física, mental e social, demonstrando que o estresse é um problema importante para as faculdades de Odontologia (DAHAN; BEDOS, 2010).

A percepção de 126 estudantes de Odontologia sobre a aprendizagem da área da Endodontia foi avaliada em uma faculdade pública, no Brasil. Os alunos responderam a um questionário com sete questões abertas e de múltipla escolha, as quais foram analisadas quantitativamente e qualitativamente. Os dados qualitativos foram usados para identificar temas relacionados com os temas gerais, como por exemplo, muitos tópicos citados pelos estudantes foram interligados com temas gerais como “a falta e atrasos dos pacientes” pode ser relacionada com o tempo gasto durante os tratamentos endodônticos ou como sugestão para melhorar o ensino endodôntico. De acordo com a percepção dos alunos, os principais fatores que afetam o ensino da endodontia são: ausências e atrasos dos pacientes, a seleção dos pacientes, a formação pré-clínica e clínica, as dificuldades encontradas durante o tratamento, o tipo de técnica empregada, e as atitudes dos professores durante o atendimento dos pacientes (SEIJO et al., 2013)

Poucos são os estudos que avaliam os perfis de qualidade de vida, qualidade do sono, e ansiedade em alunos de graduação em Odontologia. Considerando que em uma situação de urgência odontológica esses níveis podem aumentar, torna-se necessário a realização de estudos, para que durante as etapas de aprendizagem dos estudantes, esses fatores possam ser controlados, visando uma melhoria na qualidade do ensino.

3 OBJETIVOS

O objetivo deste estudo foi avaliar a experiência de acadêmicos de Odontologia da Clínica Odontológica II da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na realização de tratamentos odontológicos de urgência e avaliar os níveis de ansiedade, características de sono e qualidade de vida neste grupo de indivíduos.

Os objetivos específicos deste estudo foram:

- a) Determinar os tipos dos tratamentos odontológicos de urgência realizados por este grupo de alunos;
- b) Determinar o grau de confiança atribuído às diferentes etapas do tratamento endodôntico de urgência;
- c) Identificar as percepções dos estudantes de Odontologia quanto à realização dos tratamentos de urgência, suas dificuldades, possibilidades de resolução e abordagens a serem adotadas para superar as mesmas;
- d) Descrever aspectos da qualidade de vida deste grupo de alunos;
- e) Determinar o nível de ansiedade dos alunos imediatamente antes e após a realização de tratamentos endodônticos de urgência;
- f) Determinar o perfil de qualidade do sono dos alunos em estudo.

4 MÉTODOS

Para a realização deste estudo observacional de caráter prospectivo, obteve-se concordância da Comissão de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Após o mesmo foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa em Odontologia (COMPESQ-ODO) e pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP-UFRGS), tendo como protocolo de aprovação CAAE 48411415.1.0000.5347.

Participantes

Participaram alunos de graduação em Odontologia, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, maiores de 18 anos, matriculados na Disciplina de Clínica Odontológica II, em um único semestre de um ano letivo. De acordo com a ementa da disciplina, na Clínica Odontológica II são realizados tratamentos endodônticos de baixa e média complexidade, em dentes mono e polirradiculares. Esta é a segunda disciplina onde os alunos realizam atendimentos de clínica integrada. Nesta disciplina ocorre o primeiro contato dos acadêmicos com o manejo de tratamentos de urgência em Odontologia.

Para cálculo do tamanho da amostra, considerou-se o número total de alunos matriculados em disciplina de Clínica Odontológica Integrada II em um semestre do ano letivo. De acordo com o plano de ensino da Disciplina, está previsto que todos os alunos realizem atendimento de pacientes portadores de urgências odontológicas.

Considerando 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 37 alunos; a diferença máxima aceitável de 5%, obteve-se tamanho de amostra de 34 alunos por meio do Programa WinPepi.

Instrumentos

Para avaliação dos alunos foram utilizados os seguintes instrumentos:

- a) Questionário demográfico: Instrumento elaborado pelos pesquisadores, que contém dados demográficos e dados relativos à experiência prévia do aluno, na realização de tratamentos endodônticos. Este questionário também aborda questões referentes ao grau de confiança dos alunos frente ao atendimento de urgência em odontologia (**ANEXO 1**).

- b) WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life - Abreviado): Instrumento elaborado pela Organização Mundial de Saúde e traduzido e validado para o português por Fleck et al. (2000). Foi elaborado para avaliar a qualidade de vida nos indivíduos. Essa versão abreviada possui 26 questões sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (WHOQOL-100). Essa versão é composta por 4 domínios: físico(sete questões sobre dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, uso de medicamentos e capacidade para o trabalho), psicológico (seis questões sobre sentimentos positivos e negativos, pensar e aprender, memória e concentração, imagem corporal e espiritualidade), relações sociais (três questões sobre relações pessoais, suporte social e atividade sexual), meio-ambiente (oito questões sobre segurança física e proteção, ambiente do lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade de cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, atividades de lazer, ambiente físico e transporte) (**ANEXO 2**).

- c) IDATE (Inventário de Ansiedade Traço-Estado): Elaborado por Spielberg (1970) e adaptado por Kaipper et al. (2010). A escala de traço de ansiedade consiste em 14 afirmações que requerem que os sujeitos descrevam como geralmente se sentem, já na escala estado de ansiedade, as 13 afirmações requerem dos indivíduos indicar como geralmente se sentem em um determinado momento (**ANEXO 3**).

- d) DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale): Elaborada por Lovibond (1995) e traduzida para o português por Vignola e Tucci (2014). Essa escala é composta de 21 questões subdivididas em 3 grupos de acordo com o estado emocional do paciente: Depressão, ansiedade e estresse (**ANEXO 4**).
- e) PSQI (índice de Qualidade de Sono de Pittsburg): Elaborado por Buysse Reynolds et al. (1989) e traduzido para o português por Bertolazi et al. (2011), este instrumento é composto de 19 itens que geram sete escores dos componentes: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência do sono habitual, distúrbios do sono, uso de medicação para dormir e disfunção diurna, (pontuação variando de 0 a 3). A soma das pontuações dos 7 componentes produzem uma pontuação PSQI global (variando 0-21). Uma pontuação geral elevada representa um declínio na qualidade do sono, sendo que uma pontuação reduzida indica sono pobre (**ANEXO 5**).
- f) Escala analógica visual: Trata-se de uma linha horizontal de 100mm de comprimento com pontos colocados nas extremidades da linha, significando “nenhuma ansiedade” e “ansiedade máxima”, onde os participantes fazem uma marca para representar os níveis de ansiedade pré e pós-operatória. Após a marcação realizada pelo participante, a escala é medida com uma régua de 0 a 10 cm e o escore é determinado (**ANEXO 6**).
- g) Escala numérica: Consiste em uma escala de 11 pontos, de 0 a 10, onde 0 representa “nenhuma ansiedade” e 10 “ansiedade máxima”, os participantes selecionam um número único para representar os níveis de ansiedade no pré e no pós-operatório (**ANEXO 6**).

Procedimentos

Os alunos de graduação foram convidados a participar da pesquisa. As atividades de Clínica Odontológica II que envolvem o atendimento de

pacientes com urgências de origem odontológica ocorreram nas segundas-feiras, pela manhã (de 08h30min a 11h30min) e tarde (de 14h30min a 17h30min) e nas terças e quartas-feiras, apenas pela manhã (de 08h30min a 11h30min).

O estudo foi realizado em três momentos. A abordagem do aluno foi sempre realizada pelo mesmo pesquisador (CHG). As entrevistas foram realizadas em um local reservado, na área dos Ambulatórios Clínicos da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na cidade de Porto Alegre, RS.

No **Momento I**, a abordagem foi feita previamente ao aluno chamar o paciente para o atendimento. Neste momento, a pesquisadora convidou os acadêmicos que iriam realizar tratamento de urgência odontológica naquele turno. Estes alunos, tendo concordado em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE 1**). O início de realização desta etapa foi às 08h15min ou às 14h15min, nos períodos da manhã ou tarde, respectivamente. O período de duração foi de 10 minutos. Após receber a ficha contendo a identificação do paciente e avaliação prévia de sua condição de urgência, antes de chamar o paciente para o atendimento, foram aplicados o instrumento IDATE-Estado, e as escalas analógica e numérica para ansiedade no pré-operatório.

No **Momento II**, ao final do atendimento clínico, a pesquisadora entrevistou o mesmo voluntário. O início de realização desta etapa foi às 11h ou às 17h, nos períodos da manhã ou tarde, respectivamente. O período de duração da entrevista foi de 15 minutos. Em formulário específico foi registrado o número de tratamentos prévios realizados antes do dia da entrevista, o grau de dificuldade atribuído pelos alunos a cada etapa do procedimento endodôntico de urgência, seguindo-se dos instrumentos IDATE-Traço, WHOQOL-BREF, DASS-21, PSQI e as escalas analógica e numérica para ansiedade no pós-operatório.

Os alunos que participaram dos Momentos I e II foram informados que poderiam ser selecionados, mediante sorteio, para participação no **Momento III**. Foram convidados 10 alunos. Para este sorteio, foi utilizada a função “aleatória

entre 1 e 33" [=aleatorioentre(1;33)] do Programa Excel 2013 (Microsoft Office® Excel, EUA).

Assim, no **Momento III**, foi realizada uma entrevista através de um grupo focal. O participante selecionado integrou o grupo de discussão, imediatamente após a conclusão de um turno de clínica, em data e local que foram determinados, por conveniência, tanto para os alunos quanto para a entrevistadora. O tempo de duração foi de 30 minutos.

Para orientação do procedimento de grupo focal, a pesquisadora gerou um código *a priori*, que constitui um roteiro de temas pré-definidos, de acordo com Ritchie e Spencer (1994) (**Figura 1**).

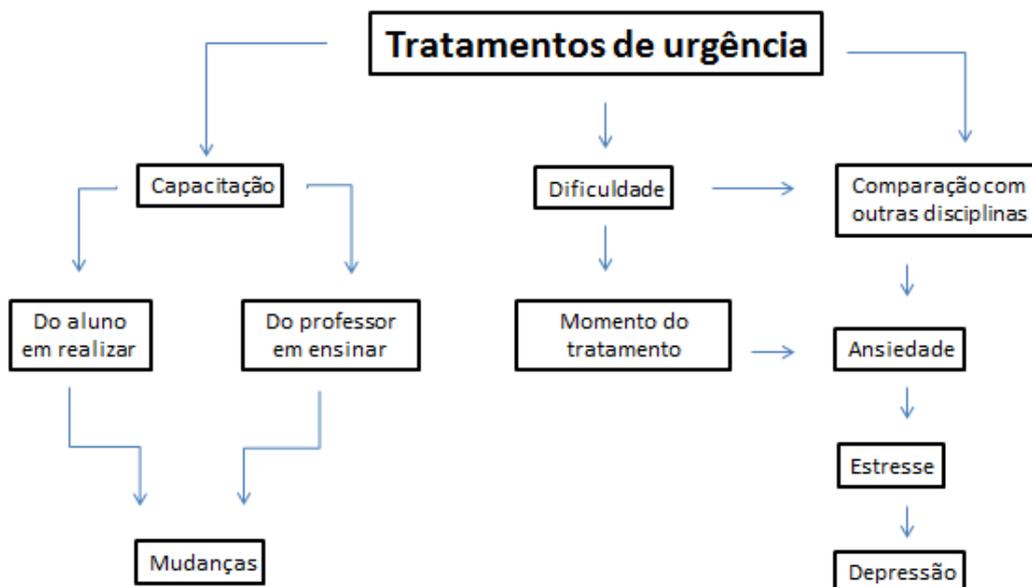


Figura 1. Código *a priori* estabelecido como roteiro das discussões no Grupo Focal.

Foram identificadas nesta etapa, as percepções referentes ao atendimento de urgência em endodontia e também sobre o modo como os conhecimentos são transmitidos, e a forma de instrução dos procedimentos realizada pelos professores nas Clínicas e em sala de aula. Os alunos se reuniram juntamente com as entrevistadoras (CHG e VO) em um turno estabelecido, considerando-se a disponibilidade de cada grupo. As entrevistadoras conduziram então, um debate de 30 minutos com o grupo,

seguinto o roteiro previsto (**APÊNDICE 2**). Os participantes foram numerados sequencialmente de A1 a A10 para registro dos depoimentos. Todas as informações foram anotadas em formulário e gravadas com o auxílio de um gravador portátil. A **Figura 2** ilustra o fluxograma de desenvolvimento dos momentos 1, 2 e 3.

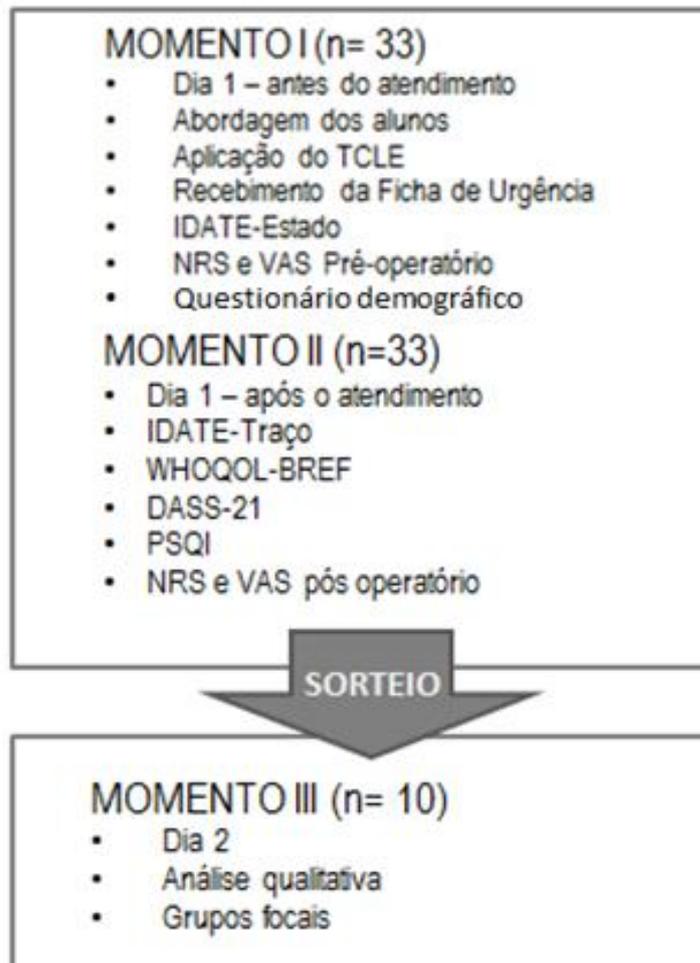


Figura 2. Fluxograma dos momentos 1, 2 e 3.

Análise dos dados

Foram avaliadas as variáveis de interesse:

- Idade;
- Sexo;

- Nível de confiança durante a realização das diferentes etapas do tratamento endodôntico de urgência;
- Nível de ansiedade, qualidade do sono e qualidade de vida;
- Nível de ansiedade antes e após a realização de procedimentos de urgência endodôntica e de outras especialidades;
- Experiências do aluno durante a realização de tratamentos endodônticos de urgência.

Os dados foram reunidos e codificados em banco de dados, por meio do Programa Excel. A análise estatística desses dados foi realizada com o auxílio do Software SPSS for Windows, versão 18.0 (IBM SPSS v.18.0, SPSS; SPSS. Chicago. IL).

A normalidade dos dados foi analisada a partir do teste de Shapiro-Wilk. Para amostras que apresentaram normalidade, os dados foram descritos utilizando média e desvio-padrão e a análise das variáveis categóricas foi feita através do Teste t para amostras independentes. Já as amostras que não apresentaram normalidade, os dados foram descritos utilizando mediana, percentil 25 e 75. Os testes utilizados neste caso foram o teste de Mann-Whitney e Wilcoxon. Foi utilizado o Teste Qui-quadrado ou Teste Exato de Fisher, seguido do Teste de Resíduos Ajustados, com o objetivo de estabelecer associações entre variáveis.

Para a análise dos dados obtidos no Grupo Focal, foi gerado um código *in vivo*, o qual foi criado a partir de frases usadas ou conceitos apelados pelos participantes do grupo focal. Kelle descreve os códigos *in vivo* como sendo “teorias dos membros da cultura investigada” (KELLE, 1997). Utilizou-se o software livre Word Salad (Versão 3.16) para gerar uma nuvem de palavras. A nuvem de palavras consiste em utilizar tamanho e fontes de letras diferentes de acordo com a frequência das ocorrências das palavras no texto analisado. Tem sido muito utilizada em pesquisas qualitativas, por facilitar a compreensão por parte de algumas pessoas, e pode ser facilmente gerada através de *Softwares* disponíveis na internet (MINAYO, 2006).

5 RESULTADOS

Características da amostra

A amostra foi composta por 33 alunos da Disciplina de Clínica Odontológica II do Curso de Graduação em Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo 20 do sexo feminino e 13 do sexo masculino. A média de idade foi de $21,48 \pm 1,86$ anos, com variação entre 19 e 27 anos. Um aluno declinou sua participação na pesquisa.

Para avaliar a experiência prévia dos 33 alunos entrevistados quanto à realização de tratamentos endodônticos, verificou-se o número de tratamentos realizados em atividades de clínica. Conforme os planos de ensino das disciplinas de Clínica Odontológica I e II, espera-se que os alunos realizem o tratamento endodôntico de pelo menos um dente monorradicular e um dente polirradicular, respectivamente. De acordo com os relatos, foram realizados tratamentos endodônticos em 25 incisivos (20 superiores e 5 inferiores), 15 caninos (11 superiores e 4 inferiores), 25 pré-molares (13 superiores e 12 inferiores) e 19 molares (8 superiores e 11 inferiores), totalizando uma média de 2 tratamentos por aluno.

Quando avaliados os tipos de urgência odontológica que realizariam no dia da entrevista, 23 alunos referiram procedimentos endodônticos e 10 de não-endodônticos (cimentação de próteses provisórias, perda de restaurações, entre outras).

Grau de confiança para a realização das etapas do tratamento de urgência

Os 23 alunos que realizaram procedimentos de urgência de origem endodôntica preencheram, mediante entrevista com a pesquisadora, o formulário constante no **Anexo 1** referente ao grau de confiança que atribuiriam a si

mesmos durante a realização das diferentes fases do tratamento endodôntico (**Figura 3**). A maioria deles relatou sentir-se “muito confiante” ou “confiante” ao realizar anestesia (57,6%), isolamento absoluto (57,6%) e selamento coronário (72,7%). Entretanto, sentiram-se “pouco confiantes” ou “muito pouco confiantes” durante a realização da pulpotomia/pulpectomia (24,2%) e abertura coronária (15,2%).

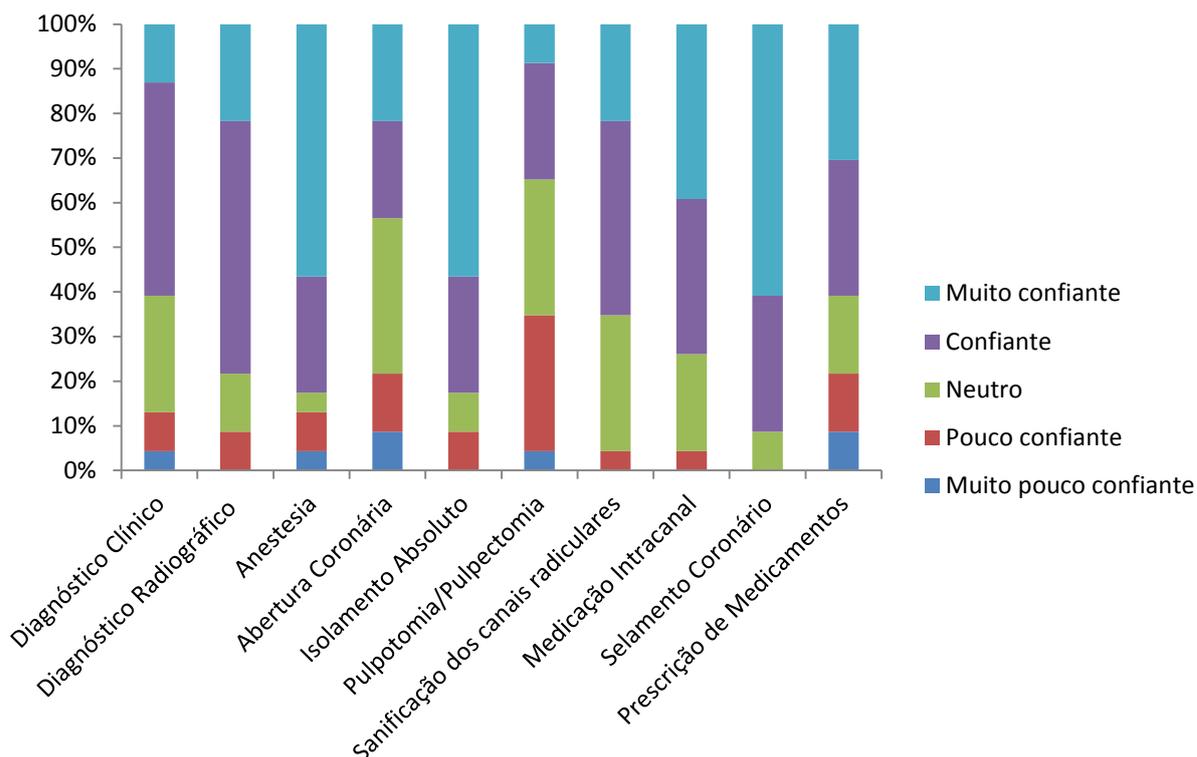


Figura 3. Distribuição percentual dos alunos conforme o nível de confiança para a realização de cada etapa do tratamento de urgências endodônticas (n=23).

Análise de qualidade de vida por meio do Instrumento WHOQOL-BREF

A **Tabela 1** apresenta as médias dos valores para os domínios do Instrumento WHOQOL-BREF, coletados no estudo. As médias dos valores para os domínios físico, psíquico, social, ambiental e a qualidade de vida não demonstraram diferenças estatisticamente significativas tanto para a variável

“sexo” (feminino e masculino), quanto para a variável “tipo de urgência realizada” (endodôntica e não endodôntica) ($P>0,05$, Teste de Mann-Whitney).

Tabela 1. Análise descritiva dos escores totais e subdomínios do WHOQOL.

	Média dos escores (DP)	Varição observada
WHOQOL (escore total)	67,52 (14,49)	13,9- 88,7
Subdomínios		
Físico	66,23 (14,42)	28,6- 92,9
Psicológico	64,26 (18,90)	12,5- 91,7
Relações Sociais	76,01 (18,84)	8,3- 100,0
Meio Ambiente	63,53 (16,85)	6,2- 90,6

Fonte: Do autor, (2016).

De acordo com o Whoqol Group, os valores dos escores vão de 0 a 100, sendo que valores mais próximos de 100 sugerem uma melhor qualidade de vida. Os alunos que tiveram escores acima do percentil 75 foram classificados como tendo uma “boa qualidade de vida”. Sendo assim, de acordo com o domínio físico, 27,3% alunos tem uma boa qualidade de vida, seguidos de 24,2%, 27,3%, 24,2% e 24,2% para os domínios psíquico, social, ambiental e qualidade de vida, respectivamente.

Análise de Ansiedade IDATE-Traço e Estado

A partir dos escores obtidos nos questionários IDATE-Traço e IDATE-Estado, foi realizado o Teste de Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade dos dados ($P>0,05$). Considerando-se a distribuição normal dos dados, foi calculada a média e o desvio padrão geral, com valores de 25,21 \pm 8,07 para o IDATE-Traço e de 27,64 \pm 7,78 para o IDATE-Estado. O Valor mínimo encontrado no

IDATE-Traço foi de 12 e o máximo foi 42. Já no IDATE-Estado o mínimo foi 15 e o máximo 46.

Os alunos que tiveram o escore maior que o percentil 75, que foi 33 tanto para IDATE-Traço como para o IDATE-Estado, foram classificados como “altamente ansiosos” e os que tiveram seus escores abaixo do percentil 75 (valores <33), foram classificados como “não altamente ansiosos”. A frequência de alunos “altamente ansiosos” foi de 27,3% tanto para IDATE-Traço quanto para o IDATE-Estado. Os demais (72,7%) foram classificados como “não altamente ansiosos”.

A média do IDATE-Traço foi maior para as mulheres (27,60 ±7,99) do que para os homens (21,54 ±6,97) ($P<0,05$, Teste t Student). Não houve diferença estatística na média do IDATE-Estado quando avaliada a variável sexo ($P>0,05$, teste t Student).

Quando comparamos as médias para o tipo de urgência realizada, o escore do IDATE-Estado foi menor para os alunos que realizaram urgência de origem endodôntica (25,65 ± 6,47) do que para aqueles em que a urgência era de origem não endodôntica (32,20 ± 8,92) ($P<0,05$, Teste t Student). Não houve diferença estatística nas médias do IDATE-Traço quando comparado ao tipo de urgência realizada ($P>0,05$, Teste t Student).

Análise de Depressão, Ansiedade e Estresse por meio do instrumento DASS-21

A normalidade dos escores de depressão, ansiedade e estresse foi avaliada pelo teste de Shapiro Wilk, onde $P<0,05$. As medianas e os percentis 25 e 75 de cada domínio pode ser verificada na **Tabela 2**.

Tabela 2. Valores relativos aos domínios do instrumento DASS-21

	Depressão	Ansiedade	Estresse
Valor Mínimo	0	0	3
Percentil 25	2	1	5,5
Mediana	3	2	7
Percentil 75	5	4	9
Valor Máximo	18	15	19

Fonte: Do autor, (2016).

Os alunos que tiveram escores maiores que o percentil 75 foram classificados como “altamente depressivos”, “altamente ansiosos” e “altamente estressados”. Os demais foram classificados como “não altamente depressivos”, “não altamente ansiosos” e “não altamente estressados”, de acordo com cada domínio. A frequência de alunos “altamente depressivos” foi de 30,3%, alunos “altamente ansiosos” foi de 27,3%, e 24,2% dos alunos foram classificados como “altamente estressados”

Na **Tabela 3**, pode-se analisar as frequências e as porcentagens observadas para a escala DASS-21, de depressão, ansiedade e estresse, com base nos escores fornecidos pelo instrumento. A maioria dos voluntários pertencia à categoria “nível normal” para ansiedade, depressão e estresse.

Tabela 3. Distribuição dos escores de Depressão, Ansiedade e Estresse obtidos por meio do Instrumento DASS-21 (n=33).

Escore	Depressão		Ansiedade		Estresse	
	n	%	n	%	n	%
Normal	23	69,7	24	72,7	20	60,6
Leve	4	12,1	6	18,2	5	15,2
Moderada	2	6,1	0	0	6	18,2
Grave	3	9,1	1	3,0	1	3,0
Extremamente grave	1	3,0	2	6,1	1	3,0

Fonte: Do autor, (2016).

Análise da Ansiedade por meio das Escalas Numérica e Analógica

Os valores das escalas numérica e analógica para ansiedade possuem uma distribuição não normal ($P < 0,05$ Teste de Shapiro-Wilk).

Os valores relatados nas escalas numérica de ansiedade variaram de 0 a 10 no pré-operatório e de 0 a 9 no pós-operatório, sendo que a mediana foi de 5 para o pré-operatório e 2 no pós-operatório, demonstrando diferença estatisticamente significativa ($P < 0,05$ Teste de Wilcoxon).

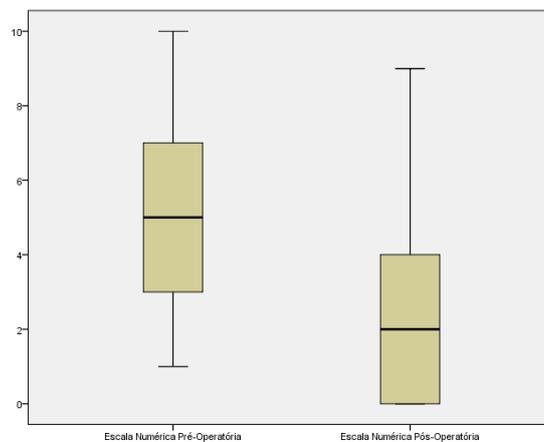


Figura 4. Valores de ansiedade obtidos por meio da Escala Numérica, antes e após a realização dos procedimentos de urgência.

Para a escala analógica de ansiedade, os valores variaram de 0 a 10 no pré-operatório e de 0 a 8 no pós-operatório, sendo que a mediana foi de 5 no pré-operatório e 1 no pós-operatório ($P < 0,05$ Teste de Wilcoxon).

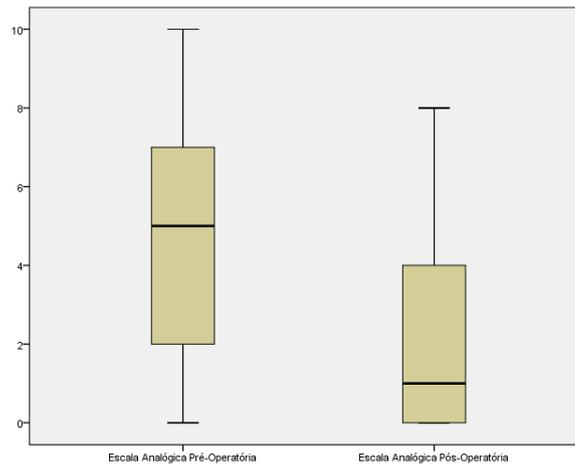


Figura 5. Valores de ansiedade obtidos por meio da Escala Analógica, antes e após a realização dos procedimentos de urgência.

Os valores das escalas numérica e analógica para ansiedade no momento pré-operatório foram maiores do que no pós-operatório, tanto quando considerados as variáveis sexo (masculino e feminino) ou tipo de urgência (endodôntica ou não endodôntica) ($P < 0,05$ Teste de Wilcoxon).

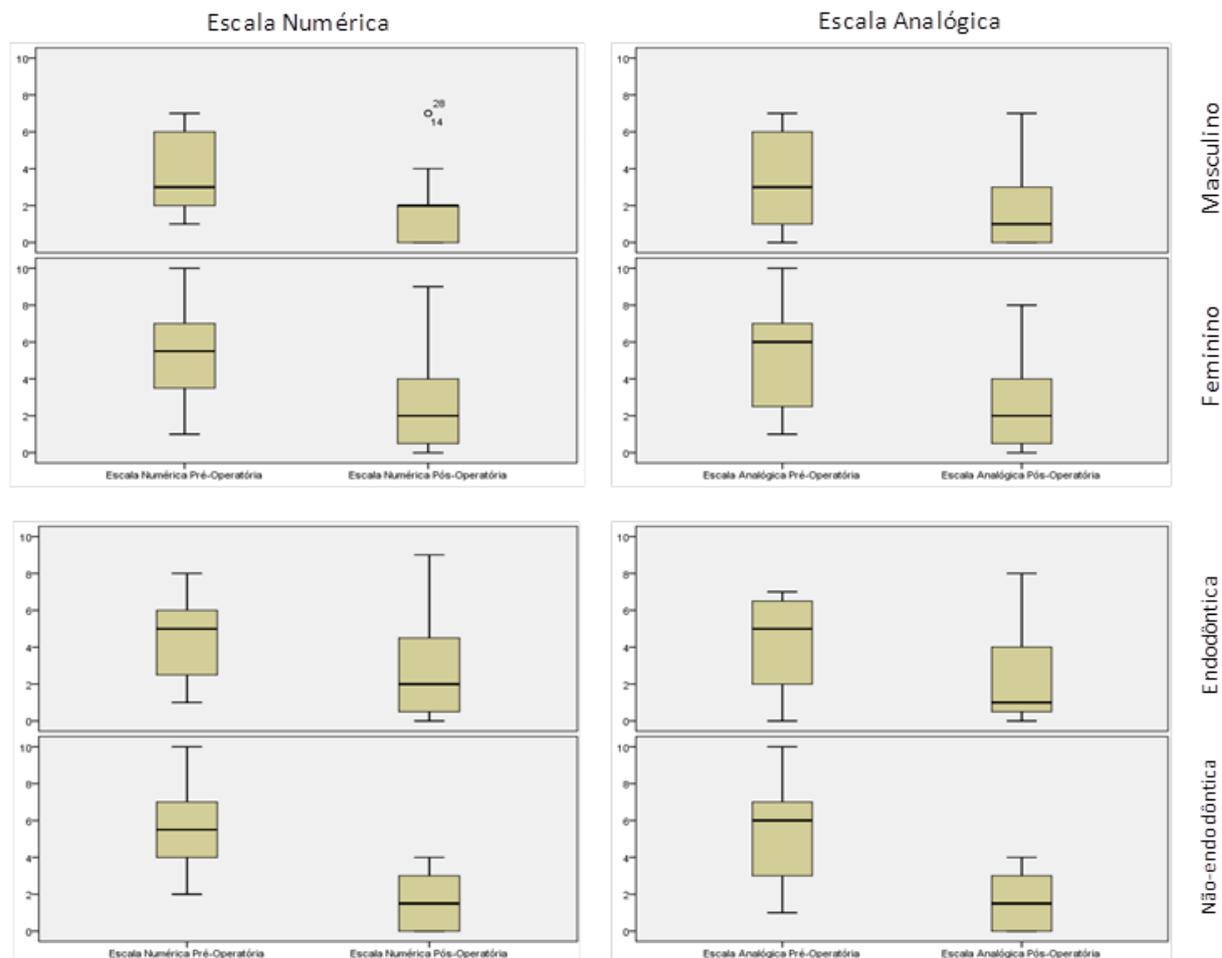


Figura 6. Valores de ansiedade nas Escalas Analógica e Numérica nas etapas pré- e pós-operatória, considerando os fatores sexo e tipo de urgência.

Os alunos que tiveram o escore maior que o percentil 75, que foi 7 tanto para a escala numérica de ansiedade pré-operatória quanto para a escala analógica de ansiedade pré-operatória, e 4 para as escalas numérica e analógica pós-operatória foram classificados como “altamente ansiosos” e os que tiveram seus escores abaixo do percentil 75 (valores <7 para as escalas pré-operatórias e <4 para as escalas pós operatórias), foram classificados como “não altamente ansiosos”.

A porcentagem de alunos “altamente ansiosos” foi de 27,3% para escala numérica pré-operatória, 33,3% para a escala analógica pré-operatória, 33,3% para a escala numérica pós-operatória e 27,3% para a escala analógica pós-operatória.

Análise da qualidade de sono por meio do Índice de Pittsburgh

A partir dos resultados obtidos no questionário PSQI, foi testada a normalidade dos dados utilizando o teste de Shapiro-Wilk, onde $P < 0,05$. A mediana do escore geral foi 7, os valores mínimo e máximo foram 4 e 16 respectivamente. O percentil 25 foi 5 e o percentil 75 foi 9. Considerando-se a mediana da pontuação global do Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh, tanto homens quanto mulheres demonstraram qualidade de sono ruim.

De acordo com o teste de Mann-Whitney, não há diferença estatística no índice de qualidade de sono quando as variáveis “sexo” e “tipo de urgência realizado” ($P > 0,05$).

Foi possível verificar que 72,7% dos alunos possuem qualidade do sono categorizada como ruim na escala utilizada, enquanto 18,2% foram categorizados como tendo distúrbio do sono. Apenas 9,1% apresentavam uma boa qualidade de sono.

Testes de Associação

Considerando as etapas do tratamento de urgência em que os alunos sentiam-se menos confiantes, foram realizados testes de associação entre estas e variáveis sócio-demográficas e também com os níveis de ansiedade, depressão, estresse e qualidade de sono. As **Tabelas 4 e 5** apresentam a correlação entre o grau de confiança para realização de pulpotomia/pulpectomia e abertura coronária e as características clínicas e sócio-demográficas da amostra.

Tabela 4. Características clínicas e sociodemográficas da amostra de acordo com grau de confiança na realização de pulpotomias/pulpectomias.

Variáveis	Pulpotomia/pulpectomia		p*
	Não confiante n (%)	Confiante n(%)	
Idade			0,43
< 21 anos	5 (55,56)	4 (44,44)	
≥ 21 anos	10 (71,43)	4 (28,57)	
Sexo			0,88
Masculino	8 (66,67)	4 (33,33)	
Feminino	7 (63,64)	4 (36,36)	
NRS-Pré			*
Não ansioso	10 (55,56)	8 (44,44)	
Altamente ansioso	5 (100,00)	0	
VAS-Pré			0,28
Não ansioso	10 (58,82)	7 (41,18)	
Altamente ansioso	5 (83,33)	1 (16,67)	
VAS-Pós			0,10
Não ansioso	8 (53,33)	7 (46,67)	
Altamente ansioso	7 (87,50)	1 (12,50)	
NRS-Pós			0,31
Não ansioso	8 (57,14)	6 (42,86)	
Altamente ansioso	7 (77,78)	2 (22,22)	
Depressão (DASS-21)			0,17
Não	9 (56,25)	7 (43,75)	
Sim	6 (85,71)	1 (14,29)	
Ansiedade (DASS-21)			*
Não ansioso	10 (55,56)	8 (44,44)	
Altamente ansioso	5 (100,00)	0	

* Teste Qui-quadrado ou exato de Fischer

Não há associação entre as variáveis: idade, sexo, ansiedade pré-operatória medida por meio da escala analógica visual, ansiedade pós-operatória medida por meio da escala analógica visual, ansiedade pós-operatória medida por meio da escala numérica, e depressão medida por meio da escala DASS-21 e o grau de confiança para a realização da etapa de “pulpotomia/pulpectomia”. Entretanto, observa-se que há associação entre a ansiedade medida por meio do DASS-21 e ansiedade pré-operatória medida por meio da escala numérica (NRS-Pré) e o grau de confiança para realizar pulpotomia/pulpectomia. Todos os alunos classificados como altamente ansiosos

(DAS-21) e todos os alunos classificados como altamente ansiosos antes do procedimento (NRS-Pré), não se sentiram confiantes para realizar pulpotomia/pulpectomia.

Tabela 5. Características clínicas e sócio-demográficas da amostra de acordo com grau de confiança na “abertura coronária”.

Variáveis	Abertura coronária		p*
	Não-confiante n (%)	Confiante n(%)	
Idade			0,43
< 21 anos	6 (66.67)	3 (33.33)	
≥ 21 anos	7 (50,00)	7 (50,00)	
Sexo			0,85
Masculino	7 (58.33)	5 (41.67)	
Feminino	6 (54.55)	5 (45.45)	
NRS-Pré			*
Não ansioso	8 (44.44)	10 (55.56)	
Altamente ansioso	5 (100,0)	0	
VAS-Pré			0,12
Não ansioso	8 (47.06)	9 (52.94)	
Altamente ansioso	5 (83.33)	1 (16.67)	
VAS-Pós			0,19
Não ansioso	7 (46.67)	8 (53.33)	
Altamente ansioso	6 (75.00)	2 (25,00)	
NRS-Pós			0,09
Não ansioso	6 (42.86)	8 (57.14)	
Altamente ansioso	7 (77.78)	2 (22,22)	
Depressão (DASS-21)			0,34
Não	8 (50,00)	8 (50,00)	
Sim	5 (71.43)	2 (28.57)	
Ansiedade (DASS-21)			0,23
Não ansioso	9 (50,00)	9 (50,00)	
Altamente ansioso	4 (80,00)	1 (20,00)	

* Teste Qui-quadrado ou exato de Fischer

Não há associação entre as variáveis: idade, sexo, ansiedade pré-operatória medida por meio da escala analógica visual, ansiedade pós-operatória aferida por meio da escala analógica visual, ansiedade pós-operatória aferida por meio da escala numérica, depressão medida por meio da escala DASS-21 e ansiedade medida por meio da escala DASS-21 e o grau de

confiança para a realização da etapa de “abertura coronária”. Entretanto, observa-se que há associação entre a ansiedade pré-operatória medida por meio da escala numérica (NRS-Pré) e o grau de confiança para realizar a etapa de abertura coronária. Todos os alunos classificados como altamente ansiosos antes do procedimento (NRS-Pré), não se sentiram confiantes para realizar a abertura coronária.

Análise qualitativa da discussão em Grupo Focal

Dos 33 participantes da pesquisa, foram selecionados, de forma aleatória 10. Não houve nenhuma recusa para participar do grupo focal.

Foi perguntado aos alunos, se os mesmos se sentiam capacitados para realizar tratamentos endodônticos de urgência. Os participantes relataram que existe uma maior dificuldade nesse tipo de tratamento quando comparado a tratamentos eletivos, A7: *“em um tratamento eletivo nós podemos estudar um dia antes, nos preparar para o procedimento, o que não acontece nos procedimentos de urgência”*. Pôde-se observar que existem algumas fases do tratamento endodôntico de urgência as quais os alunos se sentem mais inseguros, tais com o diagnóstico (A6: *“o diagnóstico é a pior parte da urgência”*), abertura coronária (A5 e A10: *“eu odeio a abertura coronária”*) e realização do isolamento absoluto do campo operatório (A7: *“já eu acho o isolamento absoluto a parte mais difícil”*). Outro consenso acerca dos tratamentos de urgência foi a dificuldade gerada pelo fato de o aluno não conhecer previamente o paciente, nem a condição sistêmica do mesmo.

Comparando o grau de segurança em realizar procedimentos de urgência de origem endodôntica e não endodôntica, todos os alunos relataram se sentir mais inseguros quando o tratamento envolv urgência de origem endodôntica: A3: *“eu gosto de endodontia, mas isso não significa que eu não fique nervosa, ansiosa, insegura, eu fico uma ‘pilha de nervos’ na hora de realizar um tratamento endodôntico de urgência. Hoje meus dedos amorteceram*

fazendo uma 'endo', acho que eu apertei muito a lima porque estava muito nervosa".

Os alunos relataram que realizar um tratamento endodôntico de urgência exige muita responsabilidade o que causa um aumento na ansiedade, e segundo eles, A9: *"sempre que tem 'endo' na urgência, há uma pressão psicológica muito grande e eu fico muito ansiosa para terminar logo"*.

Dificuldades

De acordo com os alunos, a endodontia é a área mais difícil de ser executada na clínica (urgências ou não), pois A3: *"se der algum problema com a prótese, é só mandar repetir, o problema é financeiro, mas se der algum problema com o tratamento endodôntico o paciente pode perder o dente"*, A7: *"outro grande problema é a dor, se o paciente sente dor com uma prótese nova ele pode remover a prótese e ajustar, já na endo se 'tu fizer' alguma coisa errada, o paciente pode voltar no dia seguinte com um abscesso"*, A10: *"as complicações da endo são muito maiores que das outras áreas"*, A8: *"no dia em que eu tenho que realizar um tratamento endodôntico eu já acordo nervosa"*.

Professores, ensino e aprendizagem

Segundo os participantes do grupo focal, existem alguns professores que dificultam os procedimentos de urgência, A10: *"fazem perguntas com a intenção de testar o aluno"*, *"nos deixam mais nervosos"*. Em contrapartida, A5: *"alguns professores te abandonam totalmente, te deixam muito livre"*. Apesar disso, elogiam os professores quanto aos conhecimentos teóricos passados em sala de aula, A4: *"as aulas de endodontia são sempre muito didáticas, sempre saímos entendendo a matéria"*, A7: *"as provas são fáceis, pois os professores cobram exatamente o que passaram em sala de aula"*, e de acordo com todos os participantes, A5: *"a dificuldade na clínica não é por falta de conhecimento, pois todos os professores explicam muito bem a matéria, mas é por falta de prática"*, A3: *"quanto mais tratamentos endodônticos nós fizermos, mais tranquilos vamos ficar"*, A7: *"eu sou tão nervosa assim, porque só fiz um tratamento endodôntico de um monorradicular em toda a minha vida, e foi no semestre passado"*.

Sentimentos

Alguns alunos relataram que se sentem frustrados antes ou após a realização de procedimentos de urgência de origem endodôntica. Segundo eles, quando ocorre algum erro no procedimento eles ficam tristes, A7: *“tem gente que não se importa, mas eu fico muito chateada”*, A6: *“eu choro bastante pensando em coisas que deram errado, nós sofremos muita pressão, tem dias que eu tenho vontade de largar tudo e ir correndo pra casa”*.

Para diminuir os níveis de ansiedade antes da realização de tratamentos endodônticos de urgência, todos os alunos sugeriram o acréscimo de aulas práticas. Alguns alunos sugeriram a mudança de atitude por parte de alguns professores, A1: *“não falar que aconteceu algum problema na frente do paciente”*, A6: *“não temos muita liberdade para fazer perguntas, ficamos com medo de que os professores possam achar a resposta óbvia, mas às vezes estamos tão nervosos que não conseguimos pensar direito”*.

Outra questão muito debatida pelos alunos foi o tempo de permanência do professor nas clínicas. De acordo com a sugestão dada pelos alunos e expressada por meio da fala de: A2: *“deveria existir um horário fora da clínica para mostrar o plano de tratamento e as fichas de produção”*. Segundo eles, essa é uma questão que não está relacionada com a disciplina de Endodontia.

Volume de atendimentos

Em relação ao volume de tratamentos de urgência realizados na Clínica Odontológica II, os alunos relatam que são poucos, tendo em vista que a maioria dos procedimentos realizados na urgência, não podem ser de fato considerados urgências, A4: *“os pacientes vem no horário de urgência para tentar conseguir uma vaga nas clínicas”*, A2: *“este semestre eu atendi quatro pacientes de urgência, e nenhum podia ser considerado urgência”*. Outro problema relatado foi a pouca quantidade de tratamentos endodônticos eletivos, A3: *“eu ia fazer o tratamento endodôntico de um pré-molar esse semestre, mas o paciente teve alguns problemas e não pode mais ser atendido, e esse era o*

único dente que eu ia fazer 'endo' neste semestre”, A10 “eu mandei cinco pacientes para a clínica de especialização em endodontia, não me autorizaram a realizar nenhum deles, pelo grau de dificuldade”.

Todos os alunos consideraram a pesquisa interessante e relataram estar satisfeitos de ter participado, A7: “foi uma pesquisa rápida, não gosto quando as pesquisas são demoradas ou extensas”, A6: “eu achei a pesquisa ótima, pois eu sabia que era ansiosa, mas agora eu vejo que sou três vezes mais e que preciso de acompanhamento psicológico”, A10: “nos fez pensar sobre um assunto que geralmente ignoramos, achamos que a ansiedade é passageira, foi muito bom conversar sobre isso com mais pessoas”. Foi um consenso entre os alunos, que a pesquisa servirá para buscar uma melhora no processo de ensino-aprendizagem e no ambiente acadêmico.

Após a entrevista, obteve-se o código *in vivo* (**Figura 7**), o qual foi criado a partir de frases usadas ou conceitos apelados pelos participantes do grupo focal.

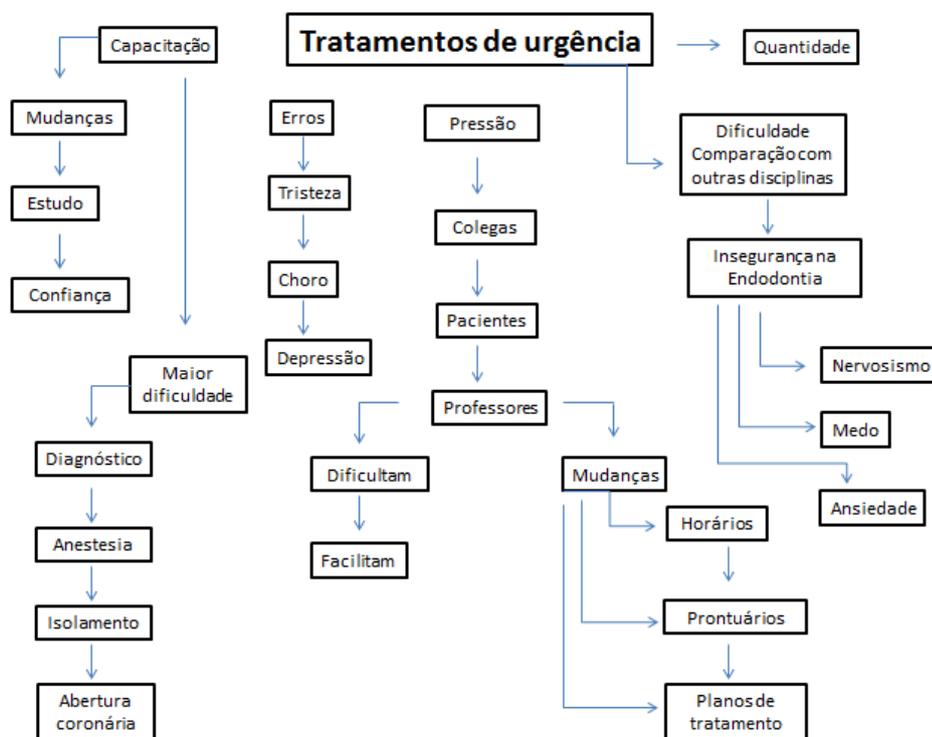


Figura 7. Código *in vivo* obtido com frases utilizadas pelos alunos durante o grupo focal

Foi realizada uma análise do discurso, onde se coletaram os adjetivos e verbos associados aos substantivos mais frequentemente relatados pelos alunos 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 5**. Observam-se que os substantivos endo, paciente, professor/professores, clínica, e urgência ocorreram com maior frequência. Estavam presentes os adjetivos “nervosa, difícil, complicado, errado/errada, tensa”. As ações “pensar, chamar, repetir, assinar e ajudar” foram identificadas.

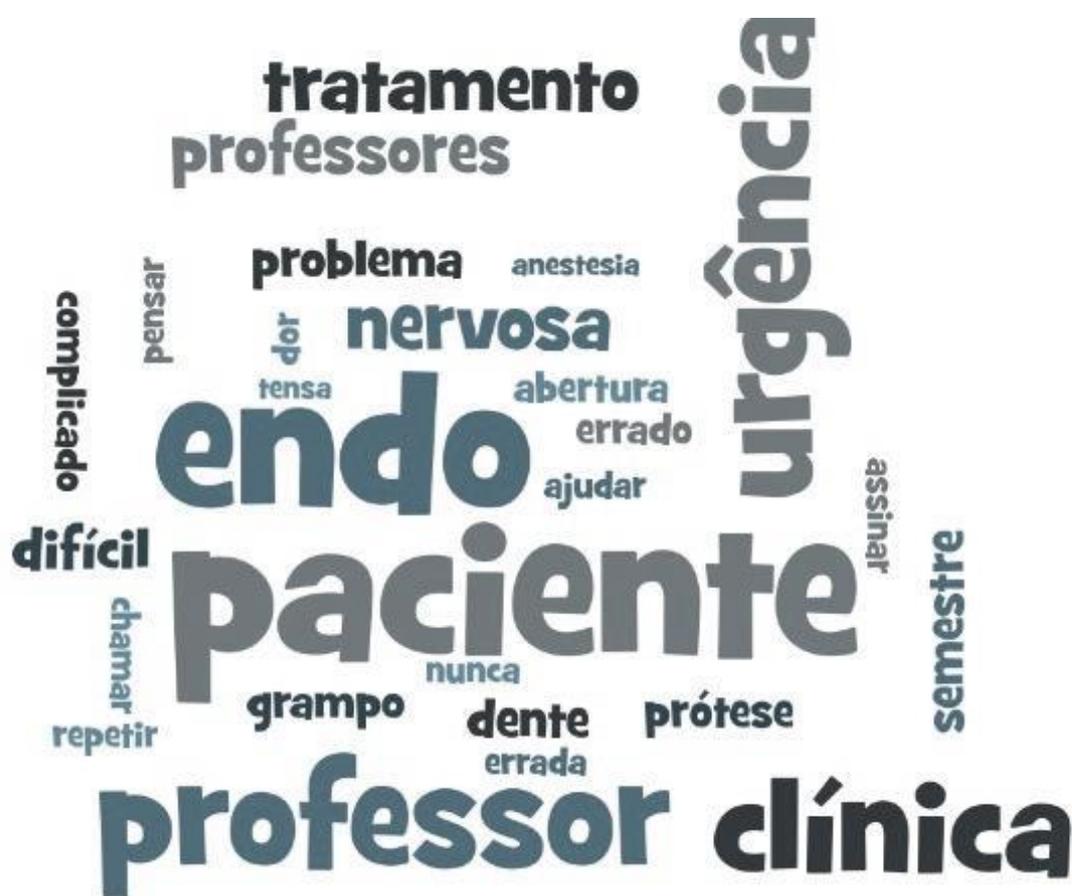


Figura 8. Nuvem de palavras originada a partir da análise do discurso do momento de Grupos Focais.

6 DISCUSSÃO

O interesse em conhecer características do perfil comportamental de alunos de graduação, que possam gerar impacto no processo de ensino-aprendizagem, tem crescido muito nas últimas décadas (KULSOOM; AFSAR; 2015 e PEKER et al., 2009). Da mesma forma, não há informações que permitam compreender como o processo de aquisição das diversas competências e habilidades para a formação do cirurgião-dentista, em curso de graduação, possa ser modulado pelas características psicológicas dos alunos. Atendimentos endodônticos de urgência são considerados pelos alunos de graduação como sendo uma situação desafiadora. Aprender a manejar a dor de um paciente pode ser um fator estressante capaz de influenciar psicologicamente estes estudantes, que ainda não adquiriram experiência para lidar com situações desconhecidas. Assim, o objetivo do presente estudo, foi caracterizar os níveis de ansiedade, qualidade de vida e qualidade do sono em alunos de odontologia que iniciam a realização de atendimentos de urgência. Foi avaliado ainda o grau de confiança para que sejam realizadas as várias etapas de um atendimento de urgência de origem endodôntica.

Foram utilizados questionários específicos e validados para avaliar índices de ansiedade, qualidade de vida e qualidade do sono, tais como IDATE, DAS-21, WHOQOL-BREF e PSQI. Um questionário estruturado pelos pesquisadores foi empregado para avaliar os níveis de confiança durante a realização de procedimentos endodônticos de urgência, empregando-se escala Lickert. Escalas numérica e analógica e visual foram utilizadas de forma complementar para obter dados relativos à ansiedade nos momentos pré e pós-operatórios imediatos. Também foi realizada uma análise qualitativa, através de um grupo focal, que teve como finalidade complementar os resultados obtidos por meio dos testes quantitativos, tendo em vista que existe uma diferente abordagem nesses dois tipos de pesquisa. Na pesquisa qualitativa, diferentemente da pesquisa quantitativa, há uma aceitação da influência de crenças e valores pessoais sobre a escolha de tópicos de pesquisa e sobre o método de interpretação dos resultados. Uma das características da pesquisa

qualitativa é permitir um envolvimento emocional do pesquisador com o seu tema de investigação. Já a negação ou a intenção de controlar as influências do pesquisador é uma característica da pesquisa quantitativa (GUNTHER, 2006). Sendo assim, neste estudo, foram incluídos os dois métodos de investigação para que todas as variáveis de interesse fossem contempladas.

O serviço de urgências odontológicas é destinado ao atendimento de pacientes que apresentam problemas bucais, associados às condições clínicas de dor e desconforto. Podem ser incluídos nessa situação, o tratamento de doenças infecciosas, como abscessos, periodontites apicais (MANI, et al. 2007). Em um estudo baseado no registro dos prontuários clínicos dos pacientes atendidos no serviço de urgência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, entre os anos de 2009 e 2011, a dor de origem endodôntica foi o motivo mais frequente (72,6%) que levou os pacientes a procurarem o serviço de urgência. Dor ou desconforto associado com doenças periodontais representou 4,5% da amostra. As frequências de fraturas dentárias e perda de restauração temporária corresponderam a 3,6% e 2,7% dos casos, respectivamente (DE-PAULA, et al., 2014). No presente estudo, 30,3% das situações de urgência não estavam associadas à dor de origem endodôntica. Esses pacientes procuraram o atendimento para cimentação de próteses provisórias ou para restaurar dentes fraturados. Durante a entrevista com o grupo focal, alguns participantes relataram que apesar da dor ser o principal motivo para a existência dos atendimentos de urgência nas Universidades, frequentemente os pacientes utilizam este serviço como uma porta de entrada para atendimentos eletivos. Este fato também foi reportado por Dourado et al. (2005), uma vez que há carência no atendimento destes pacientes nos serviços públicos de saúde, e muitas vezes as necessidades momentâneas do paciente não se enquadram nos padrões conceituais de urgência.

Embora já apresentando conhecimentos teóricos no momento em que iniciam os atendimentos de urgência, os estudantes vivenciam um mundo ainda desconhecido, pois ainda não haviam realizado tratamento odontológico de pacientes que apresentam dor. Ao se depararem com essas dificuldades, estão sujeitos a desgastes físicos e emocionais que podem contribuir para a exacerbação ou surgimento de tensões e ansiedades. Na população estudada,

27,3% foi classificada como “altamente ansiosa”, tanto para o IDATE-Traço, que refere-se às diferenças individuais, relativamente estáveis, quanto para o IDATE-Estado, que está associada a um estado emocional transitório. Essa mesma porcentagem foi observada para o instrumento DAS-21, demonstrando uma alta prevalência de ansiedade nesse grupo de alunos. As escalas numérica e analógica para ansiedade destacaram que antes de realizar o atendimento de urgência os alunos sentiam-se significativamente mais ansiosos do que após a realização do atendimento. Esse mesmo resultado foi encontrado em um trabalho que avaliou os níveis de ansiedade antes e após a realização da primeira anestesia local de estudantes de Odontologia. Os autores observaram que o nível de ansiedade foi significativamente alto antes do procedimento anestésico, aumentou durante o procedimento e foi consideravelmente reduzido após o procedimento (CHANDRASEKARAN et al., 2014).

É preciso destacar que tanto o instrumento IDATE quanto o DAS-21 não abordam aspectos para obtenção de dados relativos à ansiedade associada diretamente ao atendimento odontológico. Entretanto, observa-se na literatura que os mesmos são os instrumentos mais utilizados para avaliação de ansiedade de amostras de estudantes universitários (de CARVALHO, et al.; 2015; KULSOOM; AFSAR, 2015). Não há um questionário específico para avaliar os níveis de ansiedade de alunos de graduação em Odontologia. A única escala existente que relaciona ansiedade e tratamento odontológico é Dental Anxiety Scale (DAS), que foi descrita por Corah e validada para o português por Pereira et al (1995). Porém, essa escala está relacionada com a ansiedade dos pacientes associada ao tratamento odontológico. Sendo assim, a partir dos dados obtidos com os instrumentos aplicados, tais como as escalas VAS e NRS e especialmente o grupo focal, há indícios de que os atendimentos de urgência são capazes de alterar significativamente os níveis de ansiedade dos alunos estudados.

Embora 27,3% da amostra ter sido classificada como “altamente ansiosa” por meio das análises quantitativas, os dados e os resultados da análise qualitativa sugeriram que este número pode ser ainda maior. Metodologias qualitativas produzem dados ricos e com uma profundidade que um questionário padronizado não poderia oferecer. Durante a entrevista com o

grupo focal, os participantes se caracterizaram como “nervosos”, “ansiosos” e “inseguros” antes de realizar procedimentos endodônticos de urgência. Relataram inclusive que *“no dia que tenho que realizar um tratamento endodôntico de urgência eu já acordo nervosa”* e: *“sempre que tem ‘endo’ na urgência, há uma pressão psicológica muito grande e eu fico muito ansiosa para terminar logo”*. Segundo eles, essa ansiedade e esse nervosismo que sentem, é devido a falta de experiência clínica. A partir deste relato, sugere-se que novas abordagens de ensino, tais como a ampliação da carga horária pré-clínica em Endodontia ou mesmo atividades de extensão complementares, devam ser implementadas para fornecer oportunidades de treinamento adicional.

A ansiedade pode influenciar a percepção dos alunos quanto ao grau de confiança para a realização dos procedimentos de urgência. Observou-se que os alunos se sentem confiantes para realização de procedimentos que não são exclusivamente executados em tratamentos endodônticos, tais como a realização de anestesia e o isolamento absoluto. Já quando o procedimento envolvia apenas a técnica endodôntica, como a realização de abertura coronária e pulpotomias/pulpectomias, eles se mostraram pouco confiantes. Davey et al (2014) verificaram que o grau de confiança para realização de procedimentos endodônticos é maior à medida que os alunos estão próximos da conclusão do curso, devido ao aumento do número de casos realizados (DAVEY, BRYANT, DUMMER, 2014). No mesmo estudo, 83% dos participantes relacionaram a baixa confiança com a falta de experiência clínica. Esse dado justifica a razão pela qual os alunos do presente estudo sentem-se pouco confiantes na realização dos procedimentos exclusivamente endodônticos. Deve-se considerar que alunos estão realizando atendimentos de urgência pela primeira vez. Já os procedimentos que eles relataram se sentir mais confiantes foram aqueles já realizados em outras disciplinas ao longo do curso, o que garantiu uma maior quantidade de práticas clínicas. Whitney et al. (2015) confirmam estes achados, pois os estudantes se sentem mais confiantes em procedimentos que realizam com maior frequência. Para Al-Dajani (2015) existe uma correlação positiva entre o grau de confiança, e os níveis de ansiedade relatados pelos alunos. Este fato foi verificado na etapa qualitativa, onde os alunos ressaltaram que um incremento no número de aulas práticas, tanto em laboratórios pré-clínicos

quanto em clínicas, ajudaria a melhorar o grau de confiança nessas situações, diminuindo os níveis de ansiedade. Segundo um participante, *“quanto mais tratamentos endodônticos nós fizermos, mais tranquilos vamos ficar”*.

A partir da associação entre os níveis de confiança e os níveis de ansiedade dos alunos, verificou-se que todos os alunos que foram classificados como “altamente ansiosos” antes do atendimento, medido por meio da escala numérica, não se sentem confiantes para a realização dos procedimentos de pulpotomia/pulpectomia e abertura coronária. Já todos aqueles que foram classificados como altamente ansiosos através da escala DAS-21, não se sentem confiantes apenas para a realização da pulpotomia/pulpectomia. Isso demonstra que uma ansiedade momentânea é capaz de interferir na percepção de confiança dos alunos, tendo em vista que, após o procedimento, houve aumento na porcentagem de alunos altamente ansiosos e que se disseram mais confiantes. Essa associação também foi percebida através da análise dos dados qualitativos. Um participante ressaltou que *“no dia em que eu tenho que realizar um tratamento endodôntico eu já acordo nervoso(a)”*. Observa-se então que a ansiedade extrema, prévia à realização do procedimento, faz com que os alunos se sintam menos confiantes.

Considerando o fato explanado acima, torna-se necessária a distinção entre os conceitos de “confiança” e de “competência real” para desenvolver procedimentos. Confiança significa coragem proveniente da convicção no próprio valor. A competência real seria o conjunto de conhecimentos, habilidade e atitudes para realizar de forma coerente determinado procedimento. Estudos demonstraram que esses índices são mais favoráveis conforme os alunos chegam mais próximos do final do curso. Um aluno pode ser muito confiante para realizar determinada tarefa, mas não necessariamente essa confiança significa que ele tenha competência para isso (DAVEY, BRYANT, DUMMER, 2014). Em um estudo realizado por Murray e Chandler (2014), 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. Cabe salientar que o presente estudo mediu apenas a confiança dos alunos. Segundo O'Halloran et al. (2000), a avaliação de si mesmo é complexa, uma vez que é baseada apenas

nas crenças que os indivíduos detêm cerca de si mesmos, não sendo considerada uma avaliação objetiva. Os instrumentos de autoavaliação são utilizados apenas para ajudar os indivíduos a analisar suas práticas de trabalho e promover uma reflexão sobre o desempenho. Não podemos classificar um indivíduo como sendo competente para realizar determinada tarefa, apenas por meio de uma autoavaliação.

O perfil dos alunos de graduação em Odontologia, da população estudada, é constituído por jovens que terminaram o ensino médio há pouco tempo e já iniciaram o curso superior. O período universitário é um período de transição que funciona como uma ponte entre a infância e a idade adulta. Este é um período de desenvolvimento psicológico, social e sexual, onde os jovens assumem a responsabilidade pela sua própria saúde (YILDIRIM, KILIC, AKYOL, 2013). Surgem novos desafios tais como as pressões acadêmicas, as diferenças culturais de vivência com os colegas, os desafios de ir morar longe da casa dos pais e as preocupações financeiras. Todos estes problemas podem gerar desconforto para os estudantes, sendo causadores de um estresse que antes não existia (ZHANG et al., 2012). Todos esses fatores estressantes nas universidades geram modificações nos aspectos relacionados à qualidade de vida em estudantes de odontologia/área da saúde (CHAZAN, CAMPOS, PORTUGAL, 2015). No presente estudo, a qualidade de vida foi avaliada por meio do instrumento WHOQOL-BREF, a partir da definição proposta pela Organização Mundial de Saúde, ou seja, “a percepção dos indivíduos 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”. Os resultados revelaram que poucos são os participantes que podem ser classificados como tendo uma “boa qualidade de vida”. Resultados similares foram encontrados em um estudo que avaliou a qualidade de vida de estudantes de Medicina. Para todos os domínios de qualidade de vida, os alunos do terceiro e do sexto ano tiveram os piores escores. Segundo os autores, esses dois anos são as fases críticas da formação destes alunos. No terceiro ano, os estudantes começam a atender pacientes e a se deparar com as exigências dos professores durante a Disciplina de Clínica Médica. Já no sexto ano, há uma grande tensão relacionada à formatura, ao exercício pleno da profissão, bem como as provas

para ingresso na Residência Médica (CHAZAN, CAMPOS, PORTUGAL, 2015). No estudo de Zhang et al. (2012), realizado com alunos de medicina da China, também foram encontrados resultados semelhantes. Os piores escores de qualidade de vida foram os dos alunos do terceiro ano, que é ano onde se iniciam as discussões de casos clínicos e necessitam de mais horas de estudo. De acordo com os resultados do presente estudo, o domínio social teve a maior pontuação mediana geral (76,01), demonstrando que os alunos possuem boas relações pessoais entre eles, seguido do domínio físico (66,23), e do domínio psíquico (64,26). O domínio ambiental teve a menor pontuação mediana geral (63,53), esse resultado revela os sentimentos negativos dos alunos quanto à segurança física no ambiente em vivem, atividades de lazer e meio de transporte que utilizam. Esses resultados podem estar associados ao fato de que os alunos, na sua maioria, vieram de cidades menores para estudar na capital, onde existem altos índices de violência urbana, gerando uma sensação de insegurança. Não foram encontrados estudos que utilizassem o WHOQOL-BREF para avaliar estudantes de Odontologia, no entanto, os resultados obtidos foram diferentes do estudo realizado com estudantes de Medicina no Paquistão, onde a maior pontuação encontrada foi do domínio ambiental (70,43) (NASEEM, OROOJ, GHAZANFAR, 2016). De acordo com estes autores, maiores pontuações no domínio ambiental significa que um bom ambiente de aprendizagem pode melhorar significativamente a qualidade de vida dos estudantes. Portanto, na população estudada, intervenções deveriam ser feitas para tornar o ambiente mais confortável possível para os alunos, amenizando a sensação de insegurança que eles sentem.

Singh et al. (2016) demonstraram que alunos de Odontologia têm apresentado frequentemente características da Síndrome de *Burnout*. Essa síndrome foi descrita por Freudenberg (1974), e é considerada um tipo de estresse de caráter persistente vinculado a situações de trabalho, resultante da constante e repetitiva pressão emocional associada com intenso envolvimento com pessoas por longos períodos de tempo. Essa síndrome é caracterizada por exaustão (física e emocional), desumanização (distanciamento emocional e afetivo) e redução da realização pessoal (insatisfação e ineficiência), e pode ser responsável pela redução da qualidade e vida dos estudantes. Embora este

aspecto não tenha sido avaliado no presente estudo, os dados obtidos podem indicar que eventos estressantes, tais como o início dos atendimentos de situações de urgência, possam influenciar negativamente o desempenho acadêmico e a qualidade de vida dos estudantes.

Neste estudo foi utilizado o PSQI, um instrumento validado em diversos idiomas e amplamente utilizado para investigações da qualidade do sono. É um instrumento de fácil aplicação e portanto muito recomendado para estudos epidemiológicos, apesar de ter como limitação o fato de ser baseado no auto-relato dos participantes. Estudantes com má qualidade do sono são mais susceptíveis a problemas de saúde física e psicológica. Uma melhora na qualidade do sono é capaz de diminuir a incidência de doenças crônicas (CHOUEIRY et. al., 2016) Os resultados encontrados no presente estudo foram preocupantes, pois a maioria dos alunos (72,7%) foi categorizada como tendo uma qualidade do sono ruim. Os participantes entrevistados cursam a faculdade em período integral (manhã e tarde), e têm apenas o turno da noite para estudar para as provas e para realizar as tarefas acadêmicas. Este fato poderia contribuir para que os alunos tivessem uma menor duração do sono e, por consequência, uma qualidade de sono reduzida. De acordo com Kucharczyk, Morgan e Hall (2012), a diminuição da qualidade do sono depende exclusivamente da influência de um estressor ambiental (exógeno), que nesse caso poderia ser a pressão que os estudantes relatam sentir dias antes de realizar os atendimentos de urgência. Esses resultados foram muito diferentes dos encontrados em um estudo realizado com estudantes de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil. Serra-Negra et al. (2014) relataram que apenas 25,8% dos participantes foram classificados como tendo uma qualidade do sono ruim. Essa discrepância nos resultados pode ser devido ao tamanho da amostra ser maior no estudo realizado em Minas Gerais (183 alunos) e ao fato desse estudo ter sido realizado com alunos de vários semestres do curso, diferentemente do nosso estudo. Esses resultados trazem à tona a reflexão quanto à necessidade de implementar atividades de ensino que busquem uma adequada distribuição de cargas horárias de disciplinas, considerando sempre a formação integral do profissional.

Os resultados do presente estudo revelaram que a população estudada possui altos índices de ansiedade e má qualidade do sono. Esses resultados foram semelhantes ao do estudo realizado por Choueiry et al. (2016), onde os pesquisadores salientaram que a ansiedade está relacionada com a má qualidade do sono. Ainda, segundo os autores, é de extrema importância a avaliação da ansiedade quando se buscam informações quanto ao sono em populações semelhantes. Devido às vias bidirecionais entre ansiedade e sono, há a necessidade de intervenções com o objetivo de quebrar o círculo de ansiedade que afeta o sono e o sono que afeta a ansiedade, para melhorar a qualidade de vida dos estudantes. Portanto, a organização de campanhas educativas para salientar a importância da qualidade do sono para a saúde física e emocional dos jovens também seria de grande valia.

A análise do conteúdo da entrevista do grupo focal foi complementada pela utilização de uma “nuvem de palavras”. Nesta, evidenciaram-se os adjetivos e verbos associados aos substantivos mais frequentemente relatados pelos alunos. Nuvens de palavras são representações visuais baseadas em um texto, onde os termos com maior popularidade e importância ficam em destaque, podendo ser utilizado tamanho de fontes e cores diferentes (CHI et al., 2015). É utilizada como uma ferramenta visual atraente capaz de auxiliar a análise de dados qualitativos. A partir dessa ferramenta, observamos que as palavras “paciente” e “urgência” estão em destaque e foram consideradas peças-chave do debate. Muitas das tensões e ansiedades geradas pelo atendimento de urgência, de acordo com os alunos, é devido ao fato de ter que atender um “*paciente desconhecido*”, ou seja, que não foi atendido de forma prévia pelo aluno, ao executar procedimentos eletivos. Os adjetivos “tensa” e “nervosa” só aparecem associados ao substantivo feminino, no entanto, não podemos afirmar, apenas por esse dados, que as mulheres são mais susceptíveis a esses sentimentos, pois elas eram a maioria da amostra que foi sorteada para a composição do grupo focal. No entanto, os resultados quantitativos do IDATE-Traço demonstraram que as mulheres são significativamente mais ansiosas que os homens.

A palavra “errado” aparece tanto nos sexos masculino como feminino. Na análise do discurso, esta palavra está ligada ao medo que os

alunos têm ao realizar procedimentos de forma inadequada. Um participante expôs os seus sentimentos relacionados aos erros que acontecem durante as clínicas: *“eu choro bastante pensando em coisas que deram errado, nós sofremos muita pressão, tem dias que eu tenho vontade de largar tudo e ir correndo pra casa”*.

Percebemos também que as palavras “professor” e “professores” foram citadas diversas vezes, estando em destaque na “nuvem de palavras”. Apesar de elogiarem quanto ao conhecimento transmitido em salas de aula, alguns alunos referiram que os professores, muitas vezes, tornam o atendimento de urgência mais estressante, fazendo perguntas com o intuito de “testar” os alunos. As ações “chamar”, “pensar”, “repetir”, “assinar” e “ajudar” foram observadas e estão diretamente ligadas aos professores. Sendo assim, torna-se importante que os docentes que auxiliam os alunos em seus primeiros atendimentos de urgência estejam cientes de como esta situação pode modificar os fatores comportamentais dos acadêmicos, possivelmente influenciando o seu desempenho. Os professores devem estar cientes de que pequenas mudanças na forma com eles interagem com os alunos pode afetar positivamente no processo ensino-aprendizagem (YILDIRIM; KILIC; AKYOL, 2013).

Os alunos ressaltaram ainda que no atendimento de situação de urgência, sofrem desconforto momentâneo e, de acordo com as palavras utilizadas por eles, *“estamos tão nervosos com a situação que não conseguimos nem pensar”*. Este dado foi confirmado por meio da análise quantitativa, onde associação foi observada entre ser “altamente ansioso” e sentir-se menos confiante para realizar determinadas etapas do tratamento de urgência. Da mesma forma, observa-se que há uma redução nos valores de ansiedade, medidos por meio das escalas VAS e NRS, após a conclusão do procedimento de urgência.

Este foi o primeiro estudo realizado na área de Endodontia da Faculdade de Odontologia da UFRGS com o intuito de conhecer os níveis de ansiedade, qualidade de vida e qualidade do sono dos alunos. A análise proposta considerou o aluno como centro da reflexão do processo de ensino/aprendizagem durante a realização de atendimentos de urgência em

Odontologia. Após o término das entrevistas e do grupo focal, solicitou-se que os alunos fizessem uma análise quanto a importância da realização deste estudo. Os alunos relataram que foi uma experiência ótima poder discutir questões relacionadas ao processo ensino-aprendizagem. Foi um consenso entre eles que o trabalho será de grande valia para buscar uma melhoria no ambiente acadêmico, e incentivaram a realização de mais estudos como esse. A partir dos dados e dos relatos obtidos, sugere-se um rearranjo nas atividades, possibilitando um maior número de aulas práticas na área de endodontia, tanto em pré-clínicas quanto em clínicas, para diminuir os níveis de ansiedade dos alunos e aumentar o grau de confiança antes da realização de procedimentos endodônticos de urgência. Assim, evidencia-se a constante necessidade de avaliação do processo ensino-aprendizagem em Odontologia e da implementação de medidas que possam contribuir para este crescimento.

7 CONCLUSÃO

Considerando-se os resultados obtidos e as limitações do presente estudo, pode-se que concluir que:

- a) A maior parte dos procedimentos realizados nos atendimentos de urgência é de origem endodôntica.
- b) Os alunos sentem-se mais confiantes para realizar as etapas dos procedimentos que não são exclusivamente executados durante tratamentos endodônticos, tais como como a anestesia e o isolamento absoluto.
- c) Os alunos referem-se à endodontia como a área da Odontologia de maior dificuldade técnica para a realização de procedimentos, e sugerem que sejam implementada uma carga de aulas práticas maior, tanto em atividades de pré-clínica como de clínica.
- d) O estudo revelou que poucos são os alunos que tem uma boa qualidade de vida.
- e) As análises dos instrumentos quantitativos e dos relatos em abordagem qualitativa sugerem que os alunos se consideram pessoas ansiosas.
- f) Os alunos se sentem mais ansiosos antes da realização dos procedimentos endodônticos de urgência do que após a realização destes procedimentos.
- g) De modo geral, os acadêmicos de Odontologia que participaram do estudo apresentam qualidade de sono ruim.

REFERÊNCIAS

ABOALSHAMA, K.; HOU, X.Y.; STRODL, E. Psychological well-being status among medical and dental students in Makkah, Saudi Arabia: a cross-sectional study. **Med Teach**, v.37, p.75-81, fev. 2015.

AIZAWA, H.; CUI, W.; TANAKA, K.; OKAMOTO, H. Hyperactivation of the habenula as a link between depression and sleep disturbance. **Front Hum Neurosci**, v.7, n.826; dez. 2013.

ALMONDES, K.M.; ARAÚJO, J.F. Padrão do ciclo sonovigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**; v.8, n.1, p.37-43; 2003.

AL-DAJANI M.; Dental students' perceptions of undergraduate clinical training in oral and maxillofacial surgery in an integrated curriculum in Saudi Arabia. **J Educ Eval Health Prof** v. 12, p.12-45. 2015.

ANTONELLI I.R et al. Does cognitive dysfunction conform to a distinctive pattern in obstructive sleep apnea syndrome? **J Sleep Res**; v.13 n.1, p.79–86. dez. 2004.

APOSTOLO, J.L.; MENDES, A.C.; AZEREDO, Z.A. Adaptation to Portuguese of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). **Rev Lat Am Enfermagem** v.14, n.6, p. 863-871; nov/dez. 2006.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009. 216p.

BATHLA, M. et al. Evaluation of anxiety, depression and suicidal intent in undergraduate dental students: A cross-sectional study. **Contemp Clin Dent** v.6, n.2, p.215-222; jul. 2015.

BENJAMIN, M. The quality of student life : Toward a coherent conceptualization. **Social Indicators Research**, n.31, p.205-264; ago.1994.

BERTOLAZI, A.N et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Med** n.12, v.1, p.70-75; dez.2011.

BIAGGIO, A.M.B. Desenvolvimento da forma em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado de Spielberger. **Arq Bras Psic.** n.32, p.106-118, 1980.

BUYSSE, D.J. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatry Res** v2, n.28, p.193-213; nov.1989.

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. **Cien Saude Colet** n.20, v.2, p.547-556; 2015.

CHI, M.T.; LIN, S.S.; CHEN, S.Y.; LIN, C.H.; LEE, T.Y.; Morphable Word Clouds for Time-Varying Text Data Visualization. **IEEE Trans Vis Comput Graph** n.21,v.12, p.1415-1426, dez. 2015.

CHOEURY N, SALAMOUN T, JABBOUR H, EI OSTA N, HAJJ A, RABBAA KHABBAZ L. Insomnia and relationship with Anxiety in University Students: A cross-Sectional Designed Study. **PLoS One** n.2, v.11, e0149643; fev. 2016.

CHANDRASEKARAN, B., CUGATI, N., KUMARESAN, R. Dental Students' Perception and Anxiety Levels during their First Local Anesthetic Injection. **Malays J Med Sci** v.21, n.6, p. 45-51, 2014.

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

DAHAN, H. BEDOS, C. A typology of dental students according to their experience of stress: a qualitative study. **J Dent Educ** n.2, v.74, p.95-103; out. 2010.

DAVEY, 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**. Doenças mentais. São Paulo: Lemos Editorial. 2014.

De-PAULA KB, SILVEIRA, L.S, FAGUNDES, GX., FERREIRA, M.B, MONTAGNER, F. Patient automedication and professional prescription pattern in an urgency service in **Brazil**. **Braz Oral Res** n.28, 2014.

DOURADO, A.T.; CALDAS, A.F. Jr.; ALBUQUERQUE, D.S.; SÁ RODRIGUES, V.M; Estudo Epidemiológico de Urgências Odontológicas. **J.Bras Clin Odont Int**; n.48, v.9, p.60-64; 2005.

de CARVALHO, E.A. et al. Índice de ansiedade em universitários ingressantes e concluintes de uma instituição de ensino superior. **Cienc Cuid Saude** n.3, v.14, p.1290-1298; jul/set, 2015.

DUGAS, N.N; LAWRENCE, H.P; TEPLITSKY, P.; FRIEDMAN, S. Quality of life and satisfaction outcomes of endodontic treatment. **J Endod** n.12, v.28, p.819-827; dez, 2002

FLECK, M.P et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-bref. **Rev. Saúde Pública**, Porto Alegre, v.34, n.2, p. 178-183, 2000.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. et al. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FREY, J.H; FONTANA, A. The group interview in social research, in D.L. Morgan (ed.), **Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art**. London: Sage, pg. 20-34; 1993.

GOLDMAN-MELLOR, S.; GREGORY, A.M.; CASPI, A. Mental health antecedents of early midlife insomnia: evidence from a four-decade longitudinal study. **Sleep**, n.11 v.37, p.1767-1775; abr. 2014.

GONÇALVES, C.A.V, MACHADO, A.L. Depressão, o mal do século: De que século? **Rev. Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, n.2, v.15, p. 298-304, abr/jun. 2007.

GRAEFF, F.G.;. In: **Graeff, F.G. & Brandão, M.L. Neurobiologia das doenças mentais**, 5ª ed. São Paulo: Lemos Editora; 1999.

GUNTHER, H. Psic.: Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: Esta é a questão? **Teor. e Pesq.**, Brasília, n. 2, v.22, p. 201-210, mai/ago. 2006.

HARRISON, B.J. Are you to burn out? **Fund Raising Management**, n. 3, v.30, p. 25-28; 1999.

HENZI, D. et al. Appraisal of the dental school learning environment: the students' view. **Journal Dental Education**, n.10, v.69, p. 1137-1147, out. 2005.

KAIPPER, M.B.; CHACHAMOVICH, E.; HIDALGO, M.P.; TORRES, I.L.; CAUMO, W. Evaluation of the structure of Brazilian State-Trait Anxiety Inventory using a Rasch psychometric approach. **J Psychosom Res** n.3, v.68, p. 223-233; 2010.

KELLE, U. Theory building in qualitative research and computer programs for the management of textual data, **Sociological Research Online**, 2, <http://www.socresonline.org.uk/2/2/1.html>; 1997.

KITZINGER, J.; BARBOUR, R.S. Introduction: The challenge and promise of focus groups. In R.S. Barbour and J. Kitzinger (eds.), **Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice**. London: Sage, pg. 1-20; 1999.

KUCHARCZYK, E. R.; MORGAN, K.; HALL, A. P. The occupational impact of sleep quality and insomnia symptoms. **Sleep Medicine Reviews**, n. 6, v. 16, p. 547-559, 2012.

KULSOOM, B.; AFSAR, N. Stress, anxiety, and depression among medical students in a multiethnic setting. **Neuropsychiatr Dis. Treat.** n.16, v.11 p.1713-22, jul. 2015.

KUMAR, S.; DAGLI, R.J.; MATHUR, A.; JAIN, M.; PRABU, D.; KULKARNI, S. Perceived sources of stress amongst Indian dental students. **Eur J Dent Educ** n.1, v.13, p. 39-45; 2009.

LOVIBOND, S.H.; LOVIBOND, P.F. Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. Sydney: **Psychology Foundation**; 1995.

MANI, S.P, CLEATON-JONES, P.E, LOWNIE, J.F. Demographic profile of patients who present for emergency treatment at Wits' Dental School. **J Dent Assoc S Afr.** n.2, v.52 p. 69-72. 1997.

MERTON, R.K. The focused interview and focus groups. **Public Opinion Quarterly**, n.51, p. 550-66; 1987.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 406p.

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.

NASEEM, S.; OROOJ, F. GHAZANFAR, A. Quality of life of Pakistani medical students studying in a private institution. **J Pak Med Assoc** n.5, v.66, p. 579-583; 2016.

NEWBURY-BIRCH, R. LOWRY, F. KAMALI. The changing patterns os drinkind, illicitit drug use, stress, anxiety and depression in dental students ia a UK dental school: a longitudinal study. **British Dental Journal** n.11 v.192, p.646-649; 2002.

Núcleo de avaliação da unidade da faculdade de Odotologia da UFRGS, **Projeto perfil dos formandos do curso diurno de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre 2014. Disponível em <http://www.ufrgs.br/odontologia/arquivos/projetos-nau/resumos-projeto-perfil-ingressante-odontologia-diurno/view?searchterm=perfil>

Organização Mundial de Saúde. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção,nova esperança:** Geneva (CH): MS;2001.

PEKER, I.; ALKURT, M.T.; USTA, M.G.; TURKBAY, T. The evaluation of perceived sources of stress and stress levels among Turkish dental students. **Int Dent J** n.2, v.59, p. 103-111; 2009.

POHLMANN, K.; JONAS, I.; RUF, S.; HARZER, W. Stress, burnout and health in the clinical period of dental education. **Eur J Dent Educ** n.2, v.9, p. 78-84; 2005.

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-curso-diurno/view> Acesso em: 10 jun. 2015.

REIS, R.S.; HINO, A.A.; ANEZ, C.R. Perceived stress scale: reliability and validity study in Brazil. **J Health Psychol** n.1, v.15, p. 107-114; 2010.

RITCHIE, J.; SPENCER, L. Qualitative data analysis for applied policy research, in A. Bryman and R. G. Burgess (eds), *Analyzing Qualitative Data*. London: **Routledge**, p. 173-194; 1994.

ROLLAND, S.; HOBSON, R.; HANWELL, S. Clinical competency exercises: some student perceptions. **Eur J Dent Educ**, p. 184-191, 2007.

SANTOS, B.F. et al. Brazilian dental students' intentions and motivations towards their professional career. **J Dent Educ**, p. 337-344, 2013.

SEIJO, M.O. et al. Learning experience in endodontics: Brazilian students' perceptions. **J Dent Educ**, p.648-655, 2013.

SERRA-NEGRA, J.M.; SCARPELLI, A.C.; TIRSA-COSTA, D. GUIMARAES, F.H.; PORDEUS, I.A.; PAIVA, S.M. Sleep bruxism, awake bruxism and sleep quality among Brazilian dental students: a cross-sectional study. **Braz Dent J** n.3, v.25, p. 241-247; 2014.

SINGH, P.; AULAK, D.S.; MANGAT, S.S.; AULAK, M.S. Systematic review: factors contributing to burnout in dentistry. **Occup Med** Londres, n.1, v.66, p. 27-31; 2016.

SHOCHAT, T.; TZISCHINSKY, O.; OKSENBERG, A.; PELED, R. Validation of the Pittsburgh Sleep Quality Index Hebrew translation (PSQI-H) in a sleep clinic sample. **Isr Med Assoc J** n.12, v.9, p. 853-856; 2007.

SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L.; LUSHENE, R.E. IDATE: **Manual do Inventário de Ansiedade traço-estado** (Vol. 2). Rio de Janeiro: CEPA.; 2003.

SILVA, E.T. et al. Identifying student profiles and their impact on academic performance in a Brazilian undergraduate student sample. **Eur J Dent Educ**, p. 27-32, 2012.

STEWART, J.; O'HALLORAN, C.; BARTON, J.R.; SINGLETON, S.J.; HARRIGAN, P.; SPENCER, J. Clarifying the concepts of confidence and competence to produce appropriate self-evaluation measurement scales. **Med Educ** n.11, v.34, p. 903-909; 2000.

TANALP, J.; PAMUKÇU, E. G.; OKTAY, I. Evaluation of dental students' perception and self-confidence levels regarding endodontic treatment **Euro J Dent**, v. 7, no. 2, p. 218-224, 2013.

TEIXEIRA-SALMELA, L.F.; MAGALHAES, L.C.; SOUZA, A.C.; LIMA, M.C.; LIMA R.C.; GOULART, F. Adaptation of the Nottingham Health

Profile: a simple measure to assess quality of life. **Cad Saude Publica** n.4, v.20, p. 905-914; 2004.

VIGNOLA, R.C.; TUCCI, A.M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **J Affect Disord** v.155, p.104-109; 2014.

ZHANG, Y. QU, B., LUN, S., WANG, D., GUO, Y., LIU., J. Quality of life of medical students in China: a study using the WHOQOL-BREF. **PLoS One** n.11, v.7, e49714. 2012.

YILDIRIM, Y.; KILIC, S.P.; AKYOL, A.D. Relationship between life satisfaction and quality of life in Turkish nursing school students. **Nurs Health Sci** n.4, v.15, p. 415-422; 2013.

WHITNEY, E.M.; WALTON, J.N.; ALEKSEJUNIENE, J.; SCHONWETTER, D.J Graduating dental students' views of competency statements: importance, confidence, and time trends from 2008 to 2012. **J Dent Educ** n.3, v.79, p. 322-330; 2015.

ANEXO 1 – FICHA PARA REGISTRO DE DADOS DEMOGRÁFICOS E DADOS RELATIVOS À EXPERIÊNCIA DO ALUNO FRENTE AO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EM ODONTOLOGIA – ETAPA 2

MOMENTO 1

Código: ____|____|____ Idade: _____ anos Gênero: Masculino Feminino

Procedimento de urgência : Causa Endodôntica (Dor) Outra causa

MOMENTO 2

Tratamentos endodônticos realizados previamente:

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"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Não sei precisar
	<input type="checkbox"/> Caninos superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Não sei precisar
	<input type="checkbox"/> Pré-molares superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Não sei precisar
	<input type="checkbox"/> Molares superiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Não sei precisar
	<input type="checkbox"/> Incisivos inferiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Não sei precisar
	<input type="checkbox"/> Caninos inferiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Não sei precisar
	<input type="checkbox"/> Pré-molares inferiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Não sei precisar
	<input type="checkbox"/> Molares inferiores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Não sei precisar

Em caso de Urgência de origem endodôntica - Considerando as etapas do tratamento endodôntico de urgência, como você se sentiu ao realizar cada uma das seguintes etapas:

Etapa	Muito pouco confiante	Pouco confiante	Neutro	Confiante	Muito confiante
Diagnóstico clínico	0	1	2	3	4
Diagnóstico radiográfico	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
Pulpotomia/Pulpectomia	0	1	2	3	4
Sanificação do sistema de	0	1	2	3	4

canais radiculares					
Aplicação da medicação intracanal	0	1	2	3	4
Selamento coronário	0	1	2	3	4
Prescrição de medicamentos	0	1	2	3	4

ANEXO 2 - 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	1	2	3	4	5

	oportunidades de atividades de lazer?					
--	---------------------------------------	--	--	--	--	--

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 3 - INVENTÁRIO DE ANSIEDADE TRAÇO-ESTADO

Nº entrevista: |_|_|_|_|

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	1 2 3 4
2 – Sinto-me seguro	1 2 3 4
5 – Sinto-me à vontade	1 2 3 4
6 – Sinto-me perturbado	1 2 3 4
7 – Estou perturbado com possíveis infortúnios	1 2 3 4
8 – Sinto-me descansado	1 2 3 4
11 – Sinto-me confiante	1 2 3 4
13 – Estou agitado	1 2 3 4
14 – Sinto-me uma pilha de nervos	1 2 3 4
16 – Sinto-me satisfeito	1 2 3 4
17 – Estou preocupado	1 2 3 4
18 – Sinto-me confuso	1 2 3 4

19 – Sinto-me alegre 1 2 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 1 2 3 4

2 – Canso-me facilmente 1 2 3 4

5 – Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.... 1 2 3 4

7 – Sou calmo, ponderado e senhor de mim mesmo 1 2 3 4

8 – Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não as consigo resolver..... 1 2 3 4

9 – Preocupo-me demais com as coisas sem importância 1 2 3 4

10 – Sou feliz 1 2 3 4

12 – Não tenho muita confiança em mim mesmo 1 2 3 4

16 – Estou satisfeito 1 2 3 4

17 – Ideias sem importância me entram na cabeça e ficam me preocupado.. 1 2 3 4

18 – Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça 1 2 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 caráter positivo do IDATE-traço

Para as questões 1, 10 e 16: 1=1; 2 e 3=2 e

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

ANEXO 6 - ESCALAS NUMÉRICA E ANALÓGICA PARA ANSIEDADE:

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

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

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 Hélen Grock, 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 - QUESTIONÁRIO QUALITATIVO APLICADO AOS ALUNOS DE GRADUAÇÃO
DO CURSO DE ODONTOLOGIA MATRICULADOS NAS DISCIPLINAS DE CLÍNICA
ODONTOLÓGICA II DA UFRGS**

MOMENTO 3

Código: ____|____|____

- 1) Você se acha capacitado/a realizar tratamento endodôntico de urgência?
- 2) Qual o grau de dificuldade você atribui ao atendimento de urgência em endodontia em comparação com os outros procedimentos de urgência odontológica?
- 3) No atendimento de pacientes, o que pode ser apontado como sendo as principais dificuldades encontradas por você na realização de um tratamento endodôntico de urgência?
- 4) Você se sente ansioso, estressado ou deprimido quando tem que realizar um procedimento endodôntico de urgência na clínica?
- 5) O que você acha da forma como os professores de endodontia passam os conhecimentos nas aulas teóricas e nas clínicas?
- 6) Você sugeriria alguma medida ser tomada por você para que possa facilitar ou favorecer o desenvolvimento de suas atividades clínicas.
- 7) Você sugeriria alguma abordagem a ser tomada pelos docentes da Área de Endodontia que possa facilitar ou favorecer o desenvolvimento de suas atividades clínicas.