



A IMPORTÂNCIA E AS ATRIBUIÇÕES DAS CONDIÇÕES SOCIOPSICOLÓGICAS NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Autor: Pedro Miguel Barros Moreno

Orientadora: Dra. Samantha Peixoto Pereira

Curso: Odontologia Período: 9º Área de Pesquisa: Ciências da Saúde

RESUMO: Esta pesquisa tem por objetivo salientar a importância e as atribuições das condições sociopsicológicas no cenário odontológico antes, durante e após a consulta odontológica. Alguns estudos indicam que o medo do tratamento odontológico tem início quando o paciente ainda é jovem em suas primeiras consultas fazendo com que esses medos se desenvolvam ao longo do tempo podendo transformar, muitas das vezes, em situações descontroladas de comportamento e isso ocorre devido à falta de diálogo entre o Cirurgião-Dentista com o paciente. A ansiedade tem um grande peso no empenho de cuidados com a saúde e consequentemente obtendo repercussões prejudiciais representando um sério desafio epidemiológico para os profissionais que cuidam da saúde bucal. O impacto que a ansiedade gera juntamente com os fatores odontológicos pode ter na vida das pessoas é de amplo aspecto, não só levando à evasão de cuidados dentários, mas também a efeitos em geral, como perturbações do sono, baixa autoestima e distúrbios psicológicos. A pesquisa aponta que a grande porcentagem do trauma ocorrido foi em indivíduos do sexo feminino e quando eram crianças.

Palavras-chaves: Ansiedade. Medo. Paciente. Atendimento Odontológico.

1. INTRODUÇÃO

O tratamento odontológico é alegado, por muitos pacientes, como uma condição geradora de estresse e de ansiedade (Moraes; Costa Junior; Rolim, 2005). Além dos fatores ligados ao tratamento como os equipamentos e instrumentos, é possível que a sensação de ter parte de seu corpo sendo invadida conduz o paciente a perceber a situação como uma ameaçadora, ocasionando maior probabilidade de comportamentos de esquiva ou de fuga. O próprio consultório odontológico pode ser considerado um local eminentemente ansiogênico e traumático (KLATCHOIAN, 2002).

Alguns estudos apontam que a origem da ansiedade surge dos medos relacionados às situações no tratamento odontológico que o paciente percebe como aversivos aos comportamentos dos profissionais e aos procedimentos utilizados durante o tratamento (MORAES; COSTA, 2004).

O medo de dentista, tem sido como um dos mais frequentes e mais intensamente vivenciados por pacientes e um dos principais elementos que parecem interferir no comportamento de grande parte das pessoas que buscam atendimento

odontológico é a convicção de que serão submetidos a algum tipo de desconforto durante o tratamento (NATHAN, 2001).

Contudo, para que o cirurgião dentista possa implementar estratégias que minimizem o estresse gerado pelo tratamento e pelo ambiente do consultório, é necessário que aprenda a identificar comportamentos indicadores de ansiedade e seja capaz de estabelecer uma adequada relação com o paciente, pois um profissional preocupado apenas com o procedimento a ser realizado nem sempre percebem manifestações de ansiedade e, com isso, não oferecer o amparo compatível e imediato ao paciente (PICO; KOPP, 2004). Diante do exposto, esta pesquisa tem por objetivo salientar a importância no atendimento odontológico correlacionado ao estresse e ansiedade do paciente.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. Referencial Teórico

Da perspectiva teóricas das emoções, o medo é compreendido como uma emoção básica, elementar e equilibrada presente em todas as ideias, culturas, raças e espécies, por outro lado a ansiedade é entendida como um complexo de emoções, na qual prepondera o medo (BARLOW, 2002; EKMAN & DAVIDSON, 1994; LEWIS & HAVILAND JONES, 2000; PLUTCHIK, 2003).

De acordo com Santos *et al.*, (2007), O medo pode ser definido como um estado de grande inquietação, que se manifesta em decorrência de um perigo real ou imaginário.

Murrer & Francisco, 2015 alegam que o medo está estabelecido como um fenômeno universal, presente em diversas culturas e que se apresenta em todos os níveis sociais, é uma das emoções que nos alerta sobre o perigo.

Para Oliveira *et al.*, 2015 ainda há à ilusão do dentista relacionados aos primórdios da odontologia, onde os barbeiros e práticos aderiam as verdadeiras mutilações em virtudes de extrações dentárias realizadas com técnicas desprimorosas, sem instrumentação adequada e principalmente sem anestesia e higiene. Consequentemente, os pacientes que já apresentam algum tipo de medo tendem a protelar ou evitar o tratamento, sendo assim, procurando consulta odontológica apenas em casos extremos de dor, onde o prognóstico resulta em técnicas mais agressivas e consequentemente resultando em um tratamento mais severo e demorado ocasionando em uma maior ansiedade.

Os autores Singh, Moraes e Ambrosano, (2000), observaram que alguns indicativos apontam que o medo de tratamento odontológico se inicia na infância, porém ainda são poucos os conhecimentos sobre como esses medos e esses comportamentos acanhados se desenvolvem. Destacam-se também que a ansiedade é compreendida como uma resposta as situações nas quais as procedências de ameaça ao paciente não são bem definidas ou não definitivamente presentes. A ansiedade resulta na ocorrência de condições aversivas ou penosas, grau de incerteza ou dúvida de alguma forma de debilidade do organismo em determinada circunstância.

Possobon, *et al.* (2005), considera que o medo e a ansiedade não são características específicas do tratamento odontológico, pois também ocorrem em

outros tipos de tratamentos da saúde em geral. O medo do dentista está cada vez mais frequente e mais reiterado em nosso cotidiano. Também é importante levar em consideração que um dos principais meios que interferem no comportamento da grande maioria dos pacientes que são submetidos ao tratamento está relacionado a crendice de que serão expostos a algum tipo de desconforto durante o tratamento odontológico.

De acordo com Malamed SF., (1995):

O medo é um fenômeno de curta duração que desaparece quando o perigo externo ou a ameaça cessam, enquanto ansiedade está ligada a uma resposta emocional interna não facilmente reconhecível, com períodos de maior duração (MALAMED, 1995, s/p.).

Segundo Guaré, (2004):

O desconforto ao tratamento odontológico é definido como a ocorrência de emoções sentidas durante o tratamento odontológico, e é causado principalmente por dor e ansiedade. Isso implica dizer que o desconforto é uma construção multidimensional, consistindo de um componente comportamental, cognitivo e fisiológico (GUARÉ, 2004 s/p.).

Singh, Moraes e Ambrosano, (2000), relatam que a etiologia dos medos em situações clínicas severas parece estar relacionada com a idade e com o condicionamento direto com vulnerabilidade a dor. De acordo com Batista, et. al., os níveis de ansiedade são mais altos em adultos a cima de 24 anos, as experiências negativas e os relatos de pessoas que já passaram por tratamentos traumáticos transmite uma insegurança ao se submeter aos procedimentos, provocando assim, uma repugnância e uma fobia aos tratamentos odontológicos. Quando o tratamento da patologia não é regularmente tratado com procedimentos preventivos desencadeia na utilização de técnicas curativas ou de emergências inerentemente, invasivas e dolorosas, tais procedimentos proporcionam o medo e conseqüentemente geram comportamentos de esquiva a tratamentos futuros.

Para Chaves *et al.*, (2013), observando do ponto de vista etiológico é preciso levar em consideração a existência de predisposição para a ansiedade e para o medo de modo geral ou uma solução a algum estímulo característico, isto é, pode ocorrer por experiências odontológicas já vivenciadas a modo desagradável ou por insegurança perante ao desconhecido, bem como também pode ter sido propiciada por propagações de vivências de outras pessoas vinculadas a pacientes.

Pico e Kopp, *et al.*, (2007), informa que a observação e a identificação de comportamentos e mudanças comportamentais não são tarefas fáceis para o dentista que atua em área clínica, pois durante a sua formação acadêmica raramente inclui treino observacional ou de manejo em ciências do comportamento nas circunstâncias do atendimento.

Kleiman, (1982) e Chellapah *et al.*, (1990), relataram que o medo odontológico tem sido reconhecido desde muito tempo como um dos grandes fatores influenciadores nos problemas de manejo de pacientes.

Pico e Kopp, *et al.*, (2007), ainda entende que na atuação profissional, conseqüência de um sistema de ensino na qual as habilidades manuais e procedimentos odontológicos são predominantemente ensinados e fortificados, atende continuamente com a necessidade de uma atuação mais humanística

envolvendo situações de proximidade física e pelo estado emocional vulnerável de muitos indivíduos. Quando o profissional está preocupado apenas em realizar tal procedimento ele acaba esquecendo de observar se o paciente está apresentando algum tipo de manifestações ansiogênicas e com isso, deixando de oferecer um amparo iminente.

Os autores Singh, Moraes e Ambrosano, (2000), apontam que as experiências clínicas que utilizam o controle observado como uma estratégia efetiva de redução do estresse têm sido bem sucedidas. Esses resultados sugerem que a percepção de controle possibilita um progresso na capacidade de enfrentamento dos pacientes que se encontram em situações de medo e ansiedade no tratamento odontológico.

Batista, *et al.*, (2018), verificaram que a falta de conhecimento perante a tal procedimento a ser executado pode suscitar a uma maior probabilidade de resposta ao medo e a ansiedade, até mesmo do próprio ambiente do consultório odontológico acarreta a emissão de repostas emocionais nos pacientes, entretanto, o consultório deve ser bem planejado obtendo uma aparência agradável e acolhedora para melhor atender os pacientes, visando assim, em uma consulta mais aprazível.

Wijk & Hoogstraten, 2005 apontam:

Pessoas com predisposição a sentir medo podem acabar em um círculo vicioso pelo receio de sentir dor. São indivíduos propícios a evitar o tratamento odontológico, idealizando que se consultarem um profissional odontológico irão experienciar algum tipo de sofrimento (WIJK & HOOGSTRATEN, 2005, p.947 - 950).

Batista, *et al.*, (2018), também descreverem que o profissional que não se apresenta totalmente confiante e habilitado para desempenhar o procedimento transmite uma sensação de insegurança para o paciente, aumentando sua ansiedade. Esses profissionais tem dificuldades em controlar esses momentos de fadiga durante a consulta. Outros fatores que devemos levar em consideração e que são relatados na literatura são: cirurgias orais menores, uso de brocas e outros materiais e instrumentais rotatórios, barulho do motor, tratamento endodôntico, cáries e raspagens periodontais. De acordo com os conceitos apresentados anteriormente, as reações emocionais podem ser estabelecidas como ameaçadores e estranhos pelos pacientes submetidos a tratamentos odontológicos.

2.2. Metodologia

A presente análise trata-se de um estudo quantitativo, cuja a população entrevistada foram voluntários de toda a região entre os estados de Minas Gerais e Espírito Santo. O questionário da pesquisa foi produzido pelo próprio autor na plataforma digital *Google*, sendo aplicada via link através do aplicativo de conversas online, *WhatsApp*. Devido aos tempos de pandemia da COVID-19, tendo sido a melhor opção para expandir os questionários da pesquisa sem contato direto com a população. Foram recolhidos 100 questionários referente a 100 pessoas entre os dias 11 de agosto de 2021 até o dia 18 de agosto do mesmo ano. Os quesitos adotados para tal pesquisa foram 08 perguntas sobre o cotidiano e saúde bucal, além de saber o sexo, a idade e grau de escolaridade de cada entrevistado. Após coletados todos as respostas, foram calculados os dados de forma descritiva e quantitativa obtendo resultados em porcentagem.



Para a elaboração do presente trabalho, juntamente com os dados coletados na pesquisa de campo também foram realizadas pesquisas de cunho bibliográfico, a partir do levantamento de dados contidos na literatura sobre o assunto “A importância e as atribuições das condições sociopsicológicas no atendimento odontológico”: Revisão de Literatura, em artigos científicos através da base de dados: LILACS, SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e National Library of Medicine National Institutes of Health (PubMed), BBO (Bibliografia Brasileira de Odontologia), Google Acadêmico, Medline/Pubmed, nos idiomas português e/ou inglês.

2.3. Discussão de Resultados

Batista, *et al.*, (2018), compreenderam quem em estudos constata a relação existente entre a odontologia e a psiquiatria, pois, indivíduos que apresentam sintomas depressivos estão propícios a apresentar ou desenvolver ansiedade odontológica, isto está associado diretamente a comportamentos agressivos antes ou depois do tratamento. Os autores também relataram que o Cirurgião-Dentista deve estar atento e realizar uma anamnese precisa, visto que, detectado tais sinais e sintomas de depressão o dentista deve-se adequar a uma postura para melhor atendê-lo. Quando o tratamento da patologia não é regularmente tratado com procedimentos preventivos desencadeia na utilização de técnicas curativas ou de emergências inerentemente invasivas e dolorosas, tais procedimentos proporcionam o medo e conseqüentemente geram comportamentos de esquiva a tratamentos futuros, apontam os autores Singh, Moraes e Ambrosano, (1985).

Os manejos comportamentais são fundamentais para melhor atender esses pacientes durante a prática clínica. Além de boas habilidades e técnicas de manejo, o Cirurgião-Dentista deve compreender que para alguns pacientes o tratamento é único e totalmente direcionado a esses pacientes que apresentam fobias odontológicas. As técnicas de manejo comportamental são estratégias que compõem um reforço e uma orientação para que possa ser realizado um tratamento tranquilo e de forma eficaz sem vicissitudes (BATISTA, *et al.*, 2018).

Vejamos a seguir, algumas técnicas de manejo comportamental na Odontologia, classificadas pelos autores Batista *et al.*, (2018):

Técnicas farmacológicas: Em atendimento a pacientes com distúrbios psíquicos ou que apresentam alguma alteração sistêmica que possam vir a ter uma descompensação no momento do procedimento pode ser recomendado o uso de sedação com óxido nitroso ou com uso medicamentos benzodiazepínicos, que são drogas que contribuem para o estado de ansiólise do paciente, contribuindo para uma consulta mais segura e com mais conforto para o paciente.

Técnicas não-farmacológicas: Essa técnica não emprega o uso de ansiolíticos e são amplamente eficazes de acordo com a literatura.

Técnica Comunicação Verbal, o CD deverá fazer o uso de palavras de vocabulário simples, visando com que as crianças possam compreender de forma clara o procedimento a ser realizado.

Técnica Comunicação Não-Verbal, pode fazer o uso de equipamentos e objetos induzindo as crianças entender melhor o procedimento.

Técnica Dizer-Mostrar-fazer, essa técnica tem o objetivo de explicar o procedimento, logo, fazer a demonstração de forma visual para que o paciente possa



se familiarizar com os instrumentais e materiais, em seguida, executar o procedimento.

Técnica Controle de Voz, emprega a técnica do volume e controle da voz, conduzindo o comportamento do paciente, com a intenção de conseguir sua atenção e compreensão.

Técnica Distração, são estratégias que visam controlar a atenção da criança em outro ponto de lista, como vídeos, músicas, brinquedos e entre outros. Distraindo-as para que o CD consiga realizar o procedimento de forma tranquila.

Técnica Reforço Positivo, consiste em manejos fundamentado em respostas positivas em relação ao comportamento esperado durante o atendimento. O dentista sempre deverá continuar elogiando o paciente sobre seu bom comportamento, visando a boa relação entre profissional e paciente.

Técnica Contenção Física, compreende na restrição dos movimentos físicos indesejáveis que o paciente exerce durante o atendimento. Para limitar esses movimentos deve-se fazer o uso de cintos, mãos, fitas e envoltórios de tecido. Essa técnica é a última a ser utilizada no consultório, pois pode haver uma má interpretação dos responsáveis sobre essa técnica.

Técnica Mão-sobre-a-boca, essa técnica é utilizada em pacientes odontopediátricos e tem a finalidade de conseguir a atenção do paciente para escutar o profissional. O Cirurgião-Dentista deverá colocar a mão sobre a boca do paciente com intuito de fazer a criança parar de conversar, chorar ou gritar. O dentista que tem a capacidade e a habilidade em controlar o paciente faz com que a ansiedade do paciente repercuta de forma positiva a cada consulta, visando em futuros tratamentos possivelmente mais tranquilos.

Os autores Moraes, Possobon, Costa Junior & Rolim, (2005), observaram que:

As crianças que evocam alta frequência de comportamentos que dificultam ou impedem a atuação do cirurgião-dentista deve ser submetida a sessões planejadas de tratamento, nas quais práticas educativas e estratégias cognitivas e comportamentais podem permitir o manejo do comportamento sem a necessidade de contingências aversivas (MORAES, POSSOBON, COSTA JUNIOR & ROLIM, 2005, s/p).

Embora haja o desenvolvimento de novas técnicas, o cirurgião-dentista ainda precisa aperfeiçoar o manejo com a dor e com o medo do paciente, além de ter o seu próprio controle sobre sua ansiedade, pois, quando transmitida pode ser um dos fatores causadores para agravar o estado emocional do paciente (POSSOBON, MORAES, COSTA, 2017).

O tratamento odontológico se torna possível quando o profissional garante uma comunicação com o paciente, logo, sua capacidade técnica também é imprescindível. Entretanto, a forma como o profissional se relaciona com o paciente é tão significativa quanto a sua capacidade técnica para que o atendimento obtenha sucesso, em virtude de que a necessidade expressada pelo paciente poderá ser controversa da encontrada pelo profissional, ocasionando em expectativas frustrantes e de modo que o paciente se sinta insatisfeito com tal procedimento e conduta (POSSOBON, MORAES, COSTA, 2017).



A partir do momento em que o paciente sabe a qual procedimento serão submetidos, as chances de ocorrência de transtornos de ansiedade diminuem, aumentando assim a confiabilidade do profissional com o paciente perante uma atenção diferenciada, promovendo um vínculo de mútua confiança e um relacionamento profissional e paciente saudável (TELES *et al.*, 2016).

Em um atendimento onde o paciente é abordado de forma humanizada tudo se torna mais cooperativo. O profissional não deve de maneira alguma ignorar o estado emocional do paciente, e aumentar o vínculo afetivo entre profissional e paciente é de extrema importância para que haja um bom tratamento odontológico. Para que isso ocorra, é preciso que o cirurgião-dentista tenha atitudes empáticas, respeito e fornecer ao paciente uma clara explicação de todo o procedimento a ser realizado, além de transpassar sua confiança e segurança para desenvolver tais procedimentos, isso minimizará o medo e a ansiedade do paciente (POSSOBON, MORAES, COSTA, 2017).

Toda a equipe de profissionais deve considerar uma relação de diálogo paciente-profissional-equipe fundamental para estabelecer um bom atendimento, contribuindo de forma positiva para os comportamentos de medo dos pacientes. Por tanto, uma equipe multidisciplinar deve estar propensa a reconhecer os sinais e sintomas de ansiedade a partir do momento que o paciente entra em ambiente odontológico antes mesmo de ser submetido a algum procedimento (COSTA *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

No momento em que os pacientes sabem a qual procedimento serão submetidos, diminuem as chances de ocorrência de transtornos de ansiedade nos pacientes. É dever dos profissionais aumentar a confiabilidade de seus pacientes mediante uma atenção diferenciada, estabelecendo um vínculo de mútua confiança e um relacionamento profissional e paciente saudável (TELES *et al.*, 2016).

Ulhoa *et al.*, (2015), declara em seu estudo que cabe ao profissional perceber o paciente como um todo, incluindo a existência do medo odontológico e tentar diminuir-lhe o nível de ansiedade.

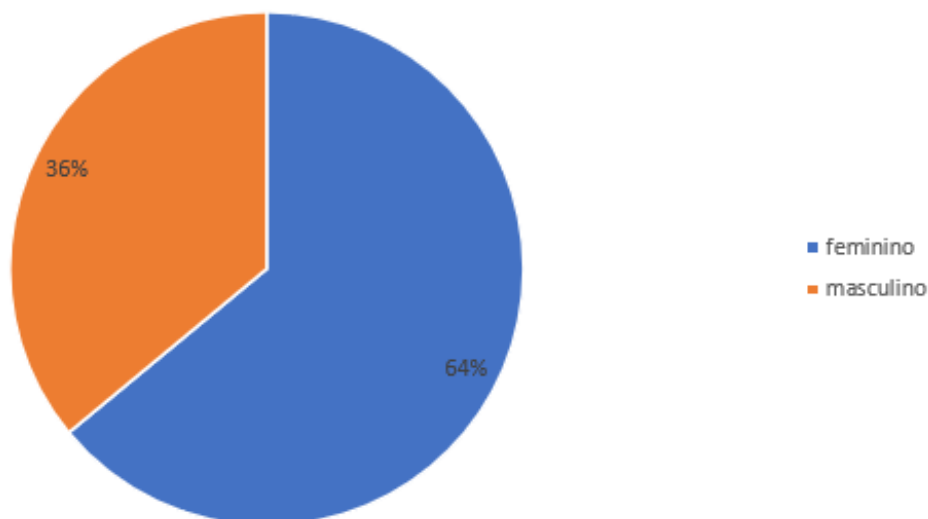
Oliveira *et al.*, (2015), apontam que os profissionais devem conduzir o tratamento do modo mais agradável possível para a adaptação do paciente, até que a situação fique conhecida e não acarrete emoções negativas.

É de suma importância a formação de profissionais que se encontram aptos para lidar com diversas situações e realidades de aspecto integral e humanitário proporcionando uma melhor articulação entre profissional/paciente. Essa relação engloba uma cadeia de aspectos subjetivos que vão além do simples tratamento odontológico (RAMOS, 2001).

2.2.1. Resultado da coleta de dados

Os dados para a pesquisa foram coletados entre os dias 11 de agosto de 2021 até o dia 18 de agosto do mesmo ano. Em formato de questionário e enviado por meio da rede social (*WhatsApp*), juntamente com o Termo de Consentimento.

Gráfico 01 – Sexo

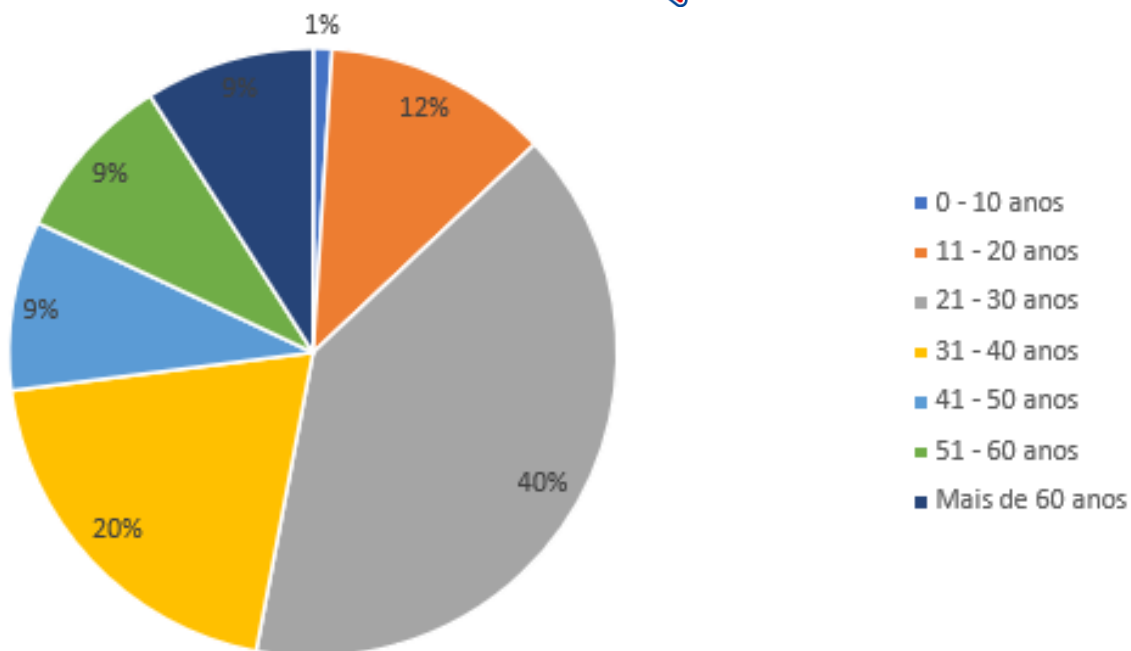


PERGUNTAS	ALTERNATIVAS	PORCENTAGEM (%)
Sexo	Masculino	36
	Feminino	64

Fonte: Autores, 2022.

Nos dados descrita à cima, é possível observar que 64% dos voluntários compõe-se do sexo feminino e apenas 36% do sexo masculino.

GRÁFICO 02 – Idade

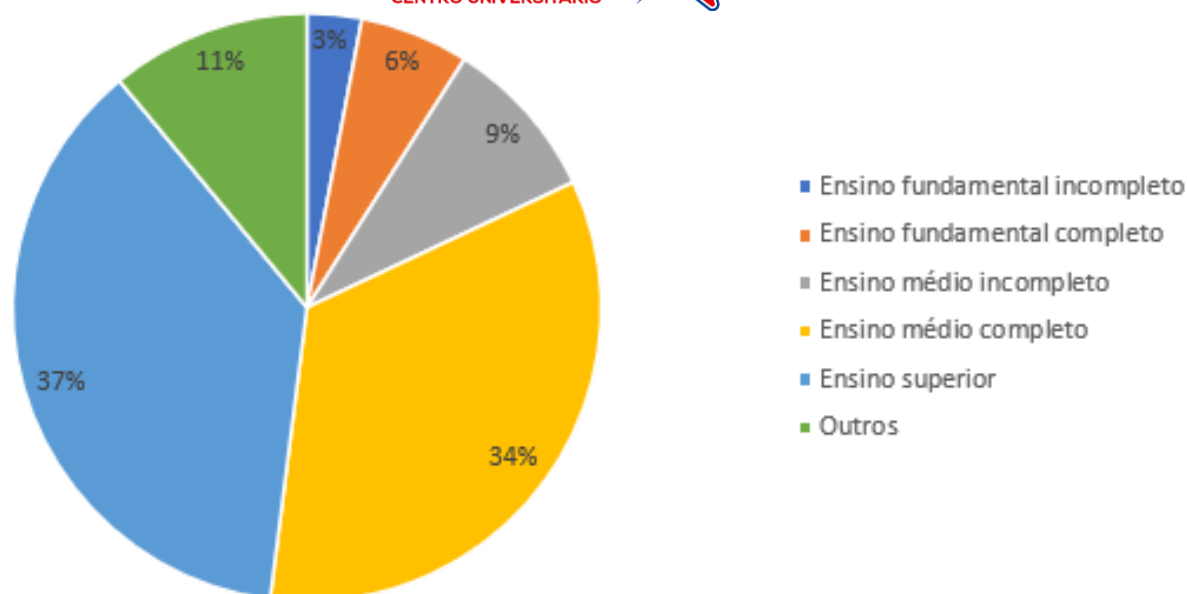


Idade	00 – 10	01
	11 – 20	12
	21 – 30	40
	31 – 40	20
	41 – 50	09
	51 – 60	09
	Mais de 60 anos	09

Fonte: Autores, 2022.

Nos dados tabelados à cima, podemos observar que uma grande porcentagem dos entrevistados possui idade entre 21 a 30 anos, compondo 40% deles, e uma menor porcentagem de 0 a 10 anos, apenas 01%.

GRÁFICO 03- Grau de escolaridade

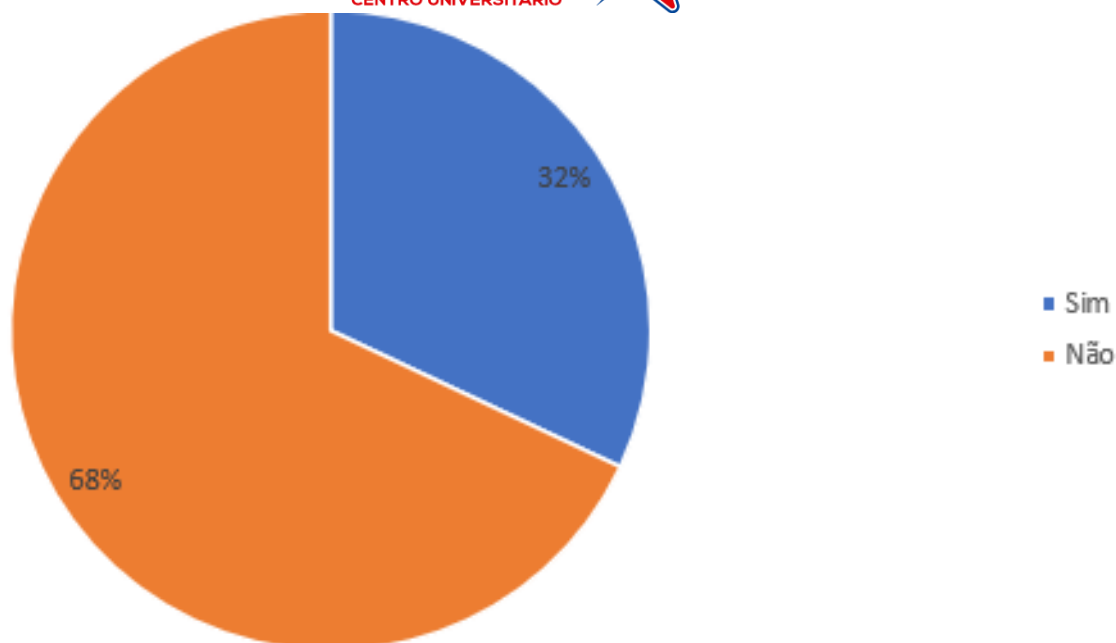


Grau de escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	03
	Ensino Fundamental Completo	06
	Ensino Médio Incompleto	09
	Ensino Médio Completo	34
	Ensino Superior	37
	Outros	11

Fonte: Autores, 2022.

No gráfico, podemos analisar que há uma grande porcentagem dos entrevistados que apresenta grau de escolaridade com o ensino médio completo com 34%, e ensino superior com 37%, significando um alto índice de aprendizagem e apenas 03% com o ensino fundamental incompleto.

GRÁFICO 04 - Você já teve algum trauma com dentistas?

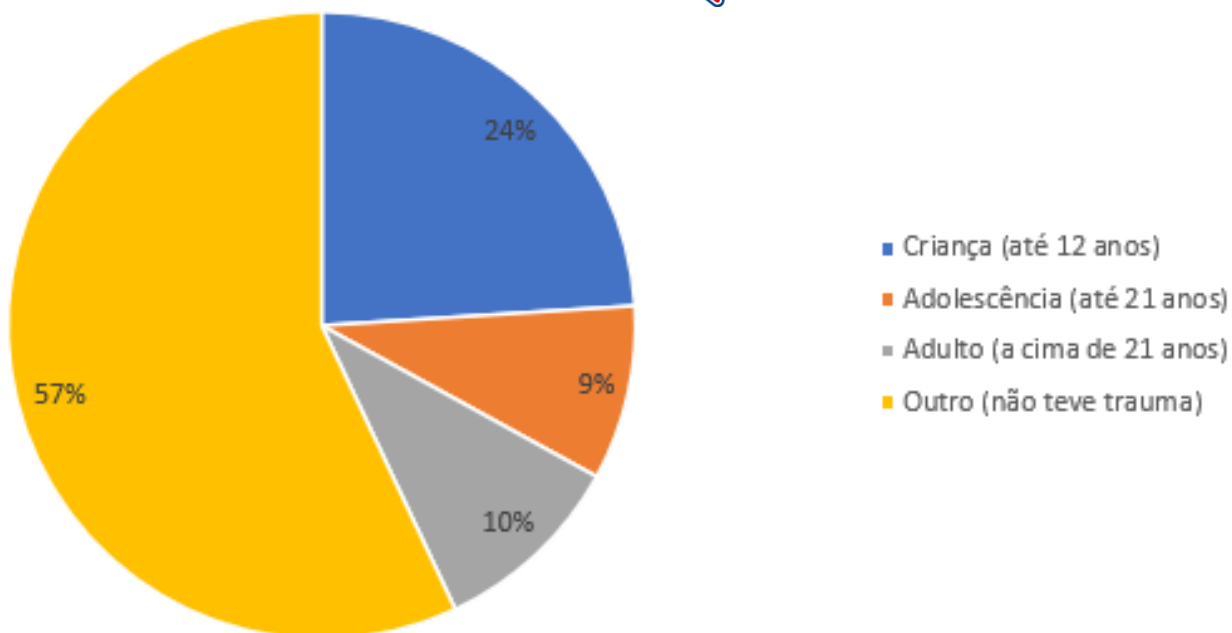


Você já teve algum trauma com dentistas?	Sim	32
	Não	68

Fonte: Autores, 2022.

Notamos no gráfico descrito à cima que a diferença entre os voluntários que já passaram por algum trauma com dentistas é menor, com apenas 32% comparado a 68% dos voluntários que não sofreram algum tipo de trauma. Tornando assim, uma resposta positiva.

GRÁFICO 05 - Se sua resposta foi SIM, o trauma ocorreu quando?

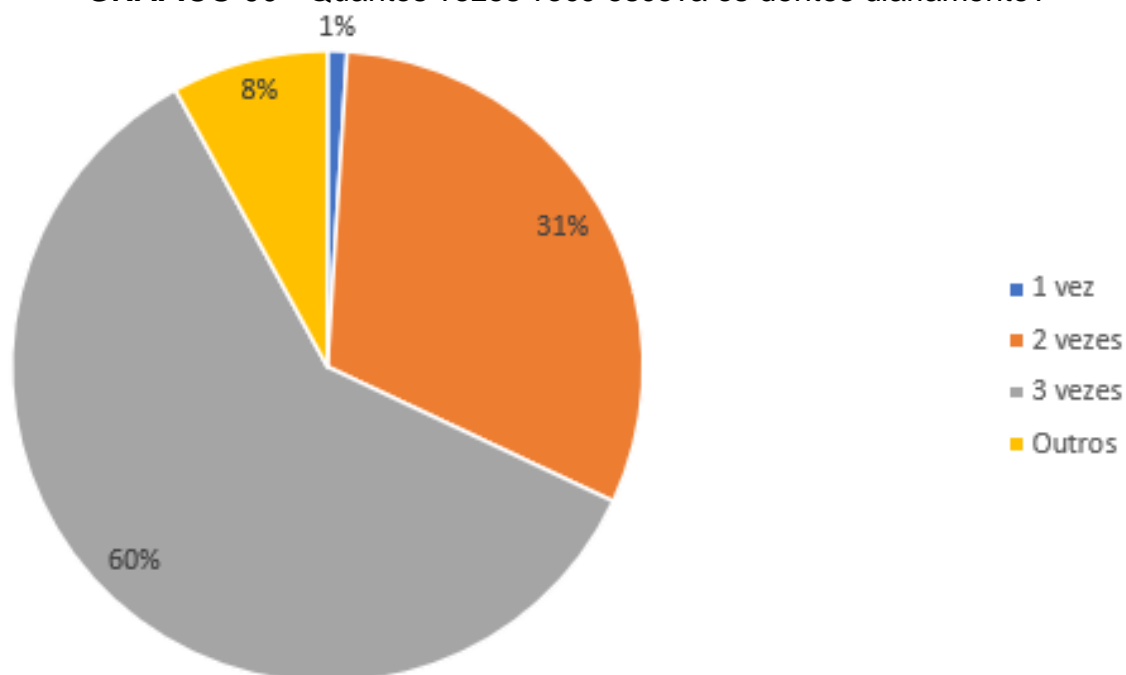


Se sua resposta foi SIM, o trauma ocorreu quando?	Criança (até 12 anos)	24
	Adolescência (até 21 anos)	09
	Adulto (a cima de 21 anos)	10
	Outro (não teve trauma)	57

Fonte: Autores, 2022.

Dando continuidade ao quesito de trauma, o gráfico prescrito são as porcentagens dadas as idades em que ocorreu o trauma. De acordo com os dados, 24% do trauma ocorreu quando ainda criança, 10% quando adulto e 09% na adolescência.

GRÁFICO 06 - Quantos vezes você escova os dentes diariamente?

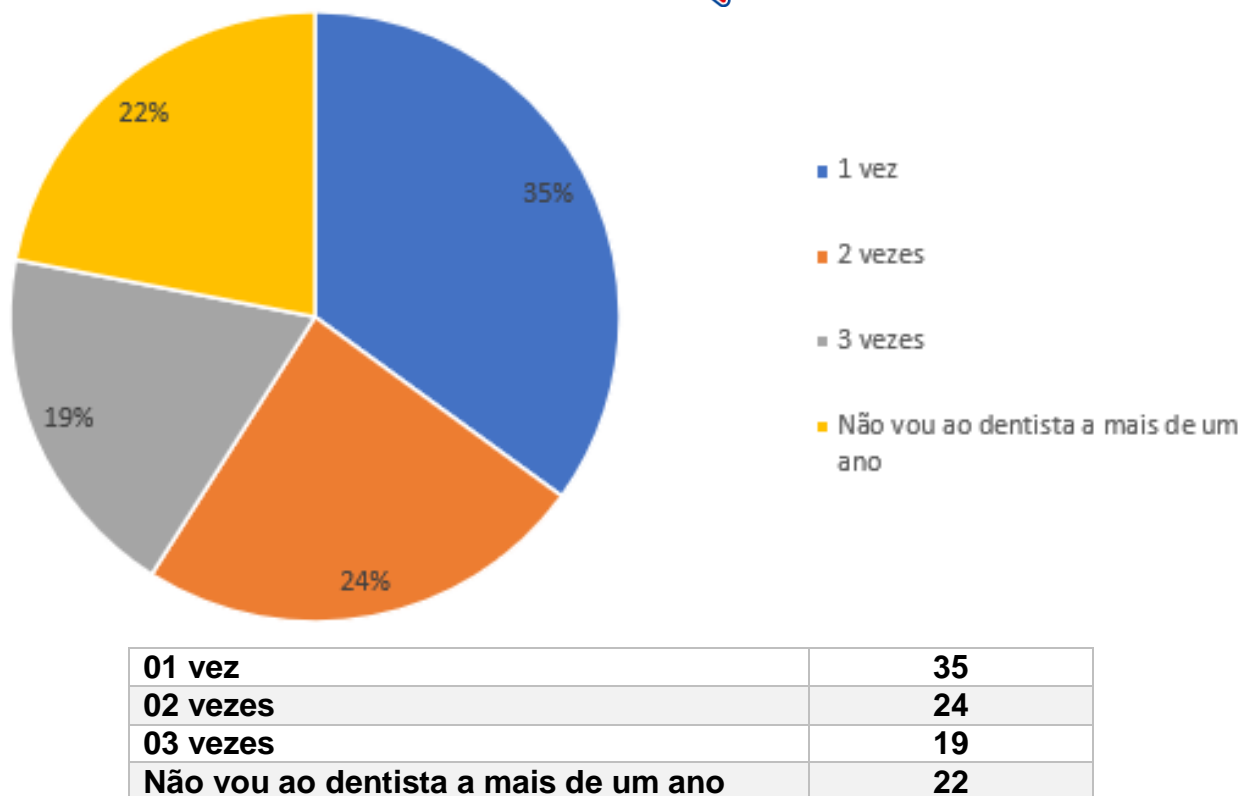


Quantos vezes você escova os dentes diariamente?	01 vez	01
	02 vezes	31
	03 vezes	60
	Outros	08

Fonte: Autores, 2022.

No gráfico observado à cima, grande quantidade dos entrevistados alegaram escovar os dentes 03 vezes ao dia, totalizando 60% e apenas 01% dos mesmos responderam que escovam os dentes apenas 01 vez ao dia.

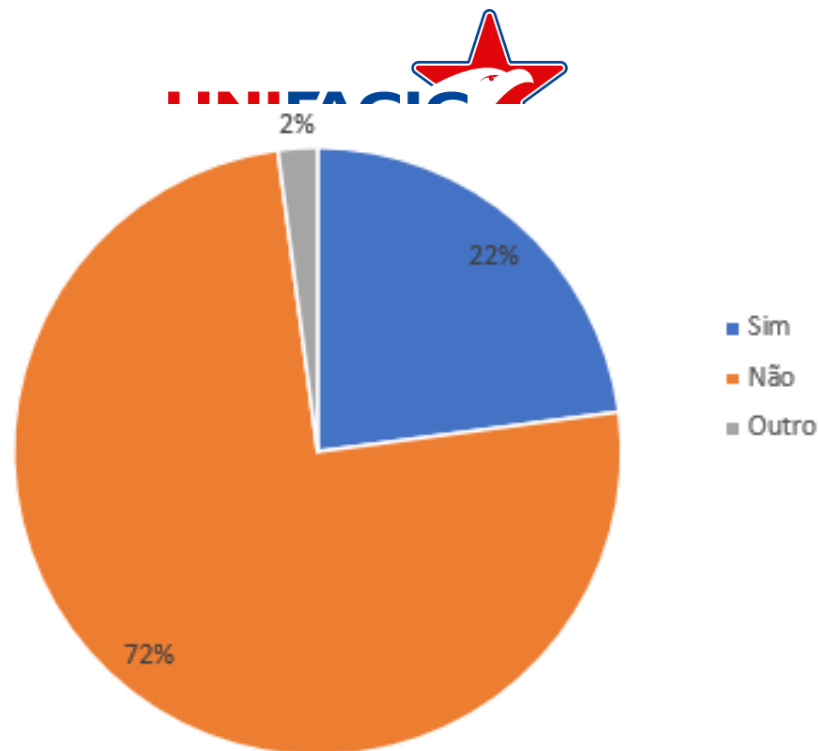
GRÁFICO 07 - Quantas vezes você vai ao dentista anualmente?



Fonte: Autores, 2022.

De acordo com o gráfico, 35% dos voluntários responderam que comparecem para consultas odontológicas apenas 01 vez por ano, outros 19% dos mesmos 03 vezes por ano. Um ponto importante nessa tabela é a alta porcentagem dos entrevistados que não comparecem ao dentista a mais de um ano, ocasionado um efeito negativo na saúde bucal.

GRÁFICO 08- Após a pandemia do Corona Vírus, houve alguma mudança em seus hábitos de higiene bucal?



Sim	22
Não	76
Outro	02

Fonte: Autores, 2022.

Dos integrantes da pesquisa, 76% alegaram que a pandemia da Covid-19 não influenciou nos hábitos de higiene bucal e apenas 22% dos mesmos responderam que houve sim mudanças na higiene bucal.

A pesquisa foi realizada durante a pandemia da Covid-19 e 76% dos entrevistados responderam que a pandemia não influenciou nos hábitos de higiene bucal e apenas 22% dos mesmos responderam que a pandemia teve influência em sua saúde bucal.

Após a análise dos gráficos, observamos que a distribuição do percentual e números absolutos dos voluntários que responderam à pesquisa 64% compõe-se do sexo feminino e 36% do sexo masculino, desse total, 37% apresentam grau de escolaridade com ensino superior e 60% dos mesmos afirmam escovar os dentes 03 vezes ao dia. Os autores Naressi & Moreira certificaram que escovar os dentes três vezes ao dia é importante na prevenção de doenças bucais. Na pesquisa, 32% dos entrevistados alegaram positivamente que sofreram sim algum tipo de trauma em momentos de consultas odontológicas e 24% passaram por esses traumas durante a infância, com idades de 0 a 12 anos. Verifica-se que 40% dos indivíduos que responderam à pesquisa são jovens com idades entre 21 a 30 anos.

Outro dado importante na tabela relatada à cima está na alta porcentagem dos entrevistados, 35% comparecem aos atendimentos odontológicos ao menos 01 vez ao ano para consultas eletivas e apenas 19% dos entrevistados que comparecem as



consultas 03 vezes ao ano. Dos voluntários, 76% declararam que a pandemia da Covid-19 não afetou nos hábitos de higiene bucal.

3.CONCLUSÃO

A ansiedade e o medo do Cirurgião Dentista, são fenômenos multifatoriais e comuns entre a população e têm total influência no decorrer do tratamento odontológico, pois ocasiona alterações no próprio paciente além de desenvolver um desgaste físico e emocional para o profissional no momento da consulta.

Esse trabalho nos permitiu compreender alguns fatores que influenciam na ansiedade e seus meios de prevenção com procedimentos preventivos e técnicas de manejos comportamentais ou até mesmo técnicas farmacológicas em momentos extremos para que sejam minimizados os sintomas da ansiedade.

O Cirurgião Dentista deve compreender que para alguns o tratamento é único e totalmente direcionado para esses pacientes que apresentam fobias odontológicas, pois cada paciente tem um desenvolvimento diferente perante ao tratamento odontológico, a fim de contribuir para o bem-estar entre profissional e paciente.

4.REFERÊNCIAS

BARLOW, D. H. (2002). Anxiety and its disorders. **The nature and treatment of anxiety and panic (2nd ed.)**. Nova Iorque.

BATISTA, Thálison Ramon de Moura *et al.* **Medo e ansiedade no tratamento odontológico: um panorama atual sobre aversão na odontologia**. SALUSVITA, Bauru, v. 37, n. 2, p. 449-469, 2018.

CHAVES AM, Loffredo LCM, Valsecki JR A, Chavez OM, Campos JADB. **Epidemiological study of dental anxiety among patients undergoing dental care**. Rev Odontol UNESP. 2006; 35(4): 263-68.

CHELLAPAH NK, Vignehsa H, Milgrom P, Lam LG. **Prevalence of dental anxiety and fear in children in Singapore. Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Copenhagen, 1990; 18: 269-271.

EKMAN, P., & Davidson, R. J. (1994). **The nature of emotion. Fundamental questions**. Oxford: Oxford University.

GUARÉ RO. **Avaliação de alterações comportamentais e fisiológicas durante a remoção de tecido cariado através dos métodos mecânico e químico-mecânico (CarisolvTM) em crianças com Síndrome de Down** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2004.

KLATCHOIAN, D. A.  (2002). **A relação dentista-paciente. Em D. A. Klatchoian (Org.), Psicologia Odontopediátrica** (pp. 13- 27). São Paulo: Santos.

KLEIMAN MB. **Fear of dentists as an inhibiting factor in children's use of dental services. Journal of Dentistry for Children**, 1982; 49: 209-213.

MALAMED SF. **Sedation – a guide to patient management. 3rd St. Louis: Mosby; 1995.**

MORAES, A. B. A. & Pessotti, I. (1985). **Psicologia Aplicada à Odontologia**. São Paulo: Sarvier.

MORAES, A. B. A., Costa Junior, A. L. & Rolim, G. S. (2004). **Medo de dentista: ainda existe? Em M. Z. S. Brandão (Org.), Sobre Comportamento e cognição** (pp. 171-178). Santo André: Esetec.

MORAES, A. B. A., Possobon, R. F., Costa Junior, A. L. & Rolim, G. S. (2005). **Contingências aversivas em serviços de saúde. Em H. J. Guilhardi & N. C. Aguirre (Orgs.), Sobre comportamento e cognição** (pp. 83-94). Santo André: Esetec.

MURRER RD, Francisco SS. **Diagnóstico e manejo da ansiedade odontológica pelos cirurgiões-dentistas. Interação Psicologi**, 2015; 19(1): 37-46.

NATHAN, J. E. (2001). **Behavioral management strategies for Young pediatric dental patients with disabilities. Journal of Dentistry for Children**, 68(2), 89-101.

OLIVEIRA MLRS, Araújo SM, Bottan ER. **Ansiedade ao tratamento odontológico: perfil de um grupo de adultos em situação não clínica. Arq. Cienc. Saúde**, 2015; 19(3): 165-170.

PICO, B. F. & Kopp, M. S. (2004). **Paradigm shifts in medical and dental education: Behavioural sciences and behavioural medicine. European Journal of Dental Education**, 8(1), 25- 31.

PLUTCHIK, R. (2003). **Emotions and life. Perspectives from psychology, biology, and evolution. Washington, DC: American Psychological Association**
Possobon R. F, Carrascoza KC, Moraes A. B. A, Costa Jr A. L. **O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. Psicol Estud.** 2007; 12:609- 16.

POSSOBON, R. F., Caetano, M. E. S. & Moraes, A. B. A. (1998). **Odontologia para crianças não-colaboradoras: relato de casos. Revista Brasileira de Odontologia**, 55(2), 80-83.

SANTOS PA, Campos JADB, Martins CS. **Avaliação do sentimento de ansiedade frente ao tratamento odontológico. Revista Uniara**, 2007; 20: 189-202.



SINGH, K. A.; MORAES, A. B. A. de; BOVI AMBROSANO, G. M. **Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico.** Pesq Odont Bras, v. 14, n. 2, p. 131-136, abr./jun. 2000.

TELES L. **Baixo nível de ansiedade dos pacientes atendidos no curso de odontologia de uma instituição de ensino superior.** Revista de Odontologia da Cidade de São Paulo, 2016; 28(1): 24-20.

ULHOA M, Reis Filho Nt, Mariano Jr. **Medo de dentista: Uma proposta para redução da ansiedade odontológica.** Revista Odontológica do Planalto Central, 2015; 5(2): 35-41.

WIJK AJ, Van Hoogstraten J. **Experience with Dental Pain and Fear of Dental Pain.** Journal of Dental Research, 2005; 84(10): 947-950.