

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACVEST
CURSO DE ODONTOLOGIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
THIAGO DOS SANTOS WALTER

**MANEJO CLÍNICO FRENTE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES
ODONTOFÓBICOS: REVISÃO DE LITERATURA**

LAGES, SC

2020

THIAGO DOS SANTOS WALTER

**MANEJO CLÍNICO FRENTE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES
ODONTOFÓBICOS: REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Centro Universitário UNIFACVEST, como
requisito obrigatório para obtenção do grau de
Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Me. Carla Cioato Piardi

LAGES, SC

2020

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me abençoar com a vida, por iluminar meus pensamentos e meu caminho durante todos os momentos que passei durante a faculdade. Por colocar pessoas tão boas na minha história.

À mim mesmo, por lutar com unhas e dentes (literalmente) pelo futuro que sempre sonhei. Pelo sonho da graduação. Por persistir e insistir. Por ficar tantas noites sem dormir, tantas noites em claro estudando e por tantos fios de cabelo perdidos.

Aos meus pais, João Pedro Walter, um homem justo e correto, que não mediu esforços para me ajudar a realizar meu sonho e por proporcionar com tanto carinho e amor, este bem ao seu filho. Elza Maria Lopes dos Santos, uma mulher guerreira e trabalhadora, uma querida mãe que sempre deu bons conselhos aos seus filhos para seguir em frente e estudar.

Ao meu querido amigo e amor, Giuliano Tadeu Gargioni. Que passou comigo lado a lado por momentos muito difíceis e que apesar de tudo, sempre me apoiou e serviu de exemplo, para me ajudar a concluir essa etapa da vida. Sua honestidade, carinho e cumplicidade serviram para me ajudar a me tornar um ser humano melhor.

Às minhas irmãs Thais e Thaina dos Santos Walter que sempre foram minhas amigas e conselheiras. Saibam que são muito importantes para mim e espero servir como um exemplo de irmão mais velho para o futuro profissional de vocês. Vocês serão brilhantes.

Aos amigos que fiz na faculdade. Que me ensinaram novas maneiras, costumes e culturas. Aos valores presentes na vida de cada um que, ao longo de 5 anos me passaram. Aos gaúchos, às baianas, às mineiras, às catarinas e às paraenses: um grande beijo e abraço. Eu espero ver vocês logo! Aqui em Lages ou na cidade que estivermos.

À professora Carla Cioato Piardi, por ser um exemplo de professora e conseguir, através de palavras, passar um amor indescritível relacionado à Periodontia, uma área que graças à ela, penso em seguir na carreira profissional. Uma área na qual não havia notado a beleza presente nela, antes de você, “prof”.

MANEJO CLÍNICO FRENTE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES ODONTOFÓBICOS: REVISÃO DE LITERATURA

Thiago dos Santos Walter ¹

Carla Cioato Piardi ²

RESUMO

Introdução: O atendimento odontológico ao paciente é resumido como estressante na clínica diária. O paciente pode ter ansiedade ou medo frente ao atendimento odontológico e este deve ser evidenciado e tratado. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo realizar uma revisão bibliográfica em relação ao atendimento na clínica odontológica e à etiologia da fobia extrema em pacientes odontofóbicos. **Materiais e Métodos:** Este trabalho é uma revisão de literatura que utilizou as bases de dados: PubMed, Scielo e Google Acadêmico. Foram incluídos: artigos científicos, periódicos, anais e capítulos de livros, publicados entre os anos de 2010 e 2020, nas línguas: português (Brasil), inglês e espanhol. O período de busca ocorreu entre julho de 2020 até dezembro de 2020. **Conclusão:** O cirurgião-dentista deve estar atento ao paciente que apresentar sinais de ansiedade ou temor no consultório. O uso de escalas de ansiedade é de extrema importância para o diagnóstico e devido manejo clínico do paciente. Ao diagnosticar esta particularidade, a forma de tratamento é opcional pelo cirurgião, em vista de que o mesmo deve conhecer amplas opções de conduta. Independente da escolha, deve ser individual para cada caso.

Palavras-chave: Odontofobia. Fobia dental. Fobia dentária. Fobia específica. Ansiedade. Ansiolíticos. Medo de dentista. Medo dental. Medo do tratamento odontológico.

¹ Acadêmico do curso de Odontologia, 10ª fase, disciplina de TCC II, do Centro Universitário Unifacvest.

² Professora mestre em Clínica Odontológica- Periodontia.

MANEJO CLÍNICO FRENTE AO ATENDIMENTO DE PACIENTES ODONTOFÓBICOS: REVISÃO DE LITERATURA

Thiago dos Santos Walter ¹

Carla Cioato Piardi ²

ABSTRACT

Introduction: Dental care for the patient is summarized in a stressful care in the daily clinic. The patient may have anxiety or fear regarding dental care and this must be evidenced and treated. **Objective:** The present study had as its general objective to carry out a bibliographic review in relation to the attendance at the dental clinic and the etiology of extreme phobia in odontophobic patients. **Materials and Methods:** This work is a literature review that used the databases: PubMed, Scielo and Google Scholar. Included were: scientific articles, periodicals, annals and book chapters, published between 2010 and 2020, in the languages: Portuguese (Brazil), English and Spanish. The search period took place between July 2020 and December 2020. **Conclusion:** The dentist must be attentive to the patient who shows signs of anxiety or fear in the office. The use of anxiety scales is extremely important for the diagnosis and due to the patient's clinical management. When diagnosing this particularity, the form of treatment is optional by the surgeon, considering that he must know wide treatment options. Regardless of the choice, it must be individual for each case.

Keywords: Odontophobia. Dental phobia. Dental phobia. Specific phobia. Anxiety. Anxiolytics. Fear of dentist. Dental fear. Fear of dental treatment.

¹ Academic of dentistry course, 10th phase, discipline of TCC II, Centro Universitário Unifacvest.

² Master Professor in Dental Clinic - Periodontics.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

% - Por cento

ASA – Sociedade Americana de Anestesiologia

BZD - Benzodiazepínicos

CD – Cirurgião-Dentista

CFO – Conselho Federal de Odontologia

Fig. – Figura

N²O/O² - Óxido Nitroso e Oxigênio

MDAS – Escala Dental de Ansiedade Modificada

PIC – Práticas Integrativas e Complementares

SNAS – Sistema Nervoso Autônomo Simpático

SUS – Sistema Único de Saúde

jan – Janeiro

fev – Fevereiro

mar – Março

abr – Abril

jun – Junho

jul – Julho

ago – Agosto

set – Setembro

out – Outubro

nov – Novembro

dez – Dezembro

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Relação entre o resultado do total de pontos e o nível de ansiedade dental.....	37
Figura 2. O ciclo vicioso de evitar a ida ao dentista.....	37
Figura 3. Classificação do estado físico da American Society of Anesthesiologists.	38
Figura 4. Medicções benzodiazepínicas mais utilizadas na clínica odontológica.	38
Figura 5. Fluxograma do estudo.....	39
Figura 6. Origem multifatorial da odontofobia	40
Figura 7. Tipos de fobias específicas que podem desencadear o medo.	41
Figura 8. Tratamento multidisciplinar e individualizado da odontofobia.	42
Figura 9. Estudos que sugerem o tratamento invasivo ou o tratamento não-invasivo da odontofobia.....	43

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. METODOLOGIA	12
3. REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 Sentimentos	13
3.1.1. Angústia.....	13
3.1.2. Ansiedade	13
3.1.3. Medo.....	14
3.1.4. Fobia	14
3.2. A odontofobia	14
3.2.1. Principais origens do medo frente ao atendimento odontológico.....	15
3.2.2. Sinais e sintomas	17
3.3. Manejo clínico do paciente odontofóbico	18
3.3.1. Capacitação do profissional e atitude do dentista.....	18
3.3.2. Atendimento individualizado	19
3.3.3. Métodos complementares	20
3.3.3.1. Musicoterapia	21
3.3.3.2. Fitoterápicos	21
3.3.3.3. Sedação consciente	21
3.3.3.3.1. Sedação consciente farmacológica	22
3.3.3.3.2. Sedação consciente inalatória.....	22
4. RESULTADOS	24
5. DISCUSSÃO	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

8. ANEXOS	34
Anexo A. Escala de Ansiedade Dental de Corah	34
Anexo B. Escala Dental de Ansiedade Modificada.....	35
Anexo C. Questionário sobre a origem do medo (adaptado)	36
9. APÊNDICES	39
Tabela 1. Principais estudos sobre o manejo do paciente odontofóbico encontrados a partir da busca bibliográfica entre 2010 e 2020.	44

1. INTRODUÇÃO

A prática odontológica pode ser considerada primitiva e rudimentar se analisada em todo seu enredo. Antigamente, representava penalidade e tortura a quem desrespeitasse as leis. Esta associação da imagem do cirurgião-dentista à dor é relacionada até os dias atuais. Pode manifestar angústia, ansiedade, medo e fobia em pacientes, o que pode gerar dificuldade do profissional em conduzir o tratamento dentário (SANTOS, 2019). A angústia e a ansiedade fazem parte da vida humana, pois são sentimentos repentinos de desconforto, onde o sujeito se sente ameaçado, mas que não é identificado, pois este não sabe exatamente do que escapar. Já o medo, é uma reação normal de desconforto diante do perigo óbvio, que assume forma de um objeto ou situação e que leva à fuga (SÁNCHEZ-VALLE, 2016).

Um passo além do medo é a fobia, um distúrbio psiquiátrico comum, irracional, oriundo de objetos e situações perigosas. Pode atingir um grau tão alto que consegue alterar rotinas habituais do indivíduo com um único objeto ou situação que o gera (SÁNCHEZ-VALLE, 2016). O medo do tratamento odontológico atualmente é chamado de Odontofobia e é designado como uma reação emocional a um ou mais gatilhos oriundos da prática odontológica (CUNHA, 2019; BULGARELLI, MESTRINER e PINTO, 2012). Estudos relatam que o medo do atendimento odontológico atinge 15 a 20% da população geral, sendo que 40% dos pacientes possuem medo do dentista e 3 a 5% possuem extrema fobia (SOUZA *et al.*, 2013; LEMOS; DUQUE; MACHADO, 2019).

O medo e a ansiedade relacionados à odontologia tem origem multifatorial (LEMOS; DUQUE; MACHADO, 2019). Neste tocante, o paciente em relação ao cirurgião-dentista, pode se sentir vulnerável por estar sentado e de boca aberta, assim como o ambiente, que possui equipamentos desconhecidos pelo mesmo. Odores, sons e vibrações podem ser desagradáveis (GASTMANN, 2017). Também, pode ser adquirido por relatos de experiências de terceiros, como pais, parentes e amigos (SEMENOFF-SEGUNDO *et al.*, 2016). Procedimentos como restauração, tratamento endodôntico, extração e limpeza dentária, instalação do isolamento absoluto na boca do paciente ou a visualização da agulha da seringa são considerados estímulos causadores de medo

durante o atendimento (MIALHE *et al.*, 2010; SEMENOFF-SEGUNDO *et al.*, 2016; BUITRAGO e COSTA 2020; SEMENOFF-SEGUNDO *et al.*, 2016).

É nocivo que os procedimentos diários na clínica odontológica geram estresse em quaisquer tipos de pacientes (LADEWIG *et al.*, 2016; TSHISWAKA, 2018). Por isto, o indivíduo temeroso e fóbico precisa ser identificado. O profissional deve estar atento aos indicadores de ansiedade que o paciente poderá apresentar (MIALHE *et al.*, 2010). Desta forma, a devida intervenção clínica poderá ser realizada com medidas diferenciadas para reduzir o desconforto durante o atendimento. Para evitar que a ansiedade do paciente possa impedi-lo de visitar o dentista, o que certamente iria agravar o quadro clínico do paciente (BULGARELLI; MESTRINER; PINTO, 2012; MIALHE *et al.*, 2010).

A fuga ao tratamento torna este tardio, mais invasivo e doloroso, o que exacerba a doença emocional. Desta maneira, o devido diagnóstico e manejo clínico facilita o atendimento destes pacientes e se reestabelecem as funções e a saúde bucal. Deste modo, proporciona boa qualidade de vida aos mesmos e permite ao cirurgião-dentista a viabilidade do controle periódico da condição oral destes (MIALHE *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2013; SEMENOFF-SEGUNDO *et al.*, 2016; LEMOS; DUQUE; MACHADO, 2019; CUNHA, 2019). Em suma, o objetivo do presente estudo é revisar a literatura existente sobre as formas de atendimento clínico dos pacientes temerosos, bem como a origem do medo do paciente frente ao atendimento realizado pelo cirurgião-dentista.

2. METODOLOGIA

Este Trabalho de Conclusão de Curso consistiu-se em uma revisão de literatura sobre a forma de atendimento direcionada aos pacientes que possuem fobia de ir ao dentista regularmente. Estão dispostos no presente estudo: artigos científicos, capítulos de livros e dissertações. Para revisão da literatura, foram selecionados artigos nas línguas portuguesa (Brasil), inglesa e espanhola a partir de pesquisa bibliográfica nas bases de dados como Google Acadêmico, PubMed e Scielo.

As palavras-chave utilizadas foram: fobia dental, fobia dentária, fobia odontológica, fobias específicas, medo dental, medo do tratamento odontológico, ansiedade ao tratamento odontológico, odontofobia e medo do dentista e os marcadores booleanos utilizados para a estratégia de busca foram: “dentist AND phobia OR odontophobia AND treatment”, “dentist fear OR odontophobia AND management”, “dental anxiety OR dental phobia OR odontophobia OR dentist fear”.

Os critérios de inclusão dos artigos referiram-se a estudos de até 20 anos de publicação para a Revisão de Literatura e de até 10 anos de publicação para a Discussão do presente, a fim de obter resultados atualizados para o mesmo. Foram incluídos artigos que abordaram a origem, a forma de tratamento e o manejo dos pacientes ansiosos, temerosos e fóbicos. Foram incluídas as formas de tratamento: não-invasivo e invasivo.

Os critérios de exclusão foram relacionados aos estudos em que não se enquadravam ao tema do exposto, artigos que citam o manejo de pacientes em tratamento psicológico e/ou psiquiátrico e/ou pacientes com deficiência física e/ou mental e estudos incompletos.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Sentimentos

3.1.1. Angústia

É definida como uma experiência aguda e que aparece repentinamente de um desconforto sem objeto definido. Faz parte da vida de todas as pessoas. Pode ser paralisante e não há estímulo desencadeante, pois o indivíduo sente alguma ameaça, mas não é capaz de identificá-la (SÁNCHEZ VALLE, 2016).

É um sentimento que impede a sensação de pura felicidade e pode surtir quadros na psique da pessoa. Pode durar muitos anos, causam estresse e sofrimento de tal forma a desencadear ansiedade e a angústia, além de dificultar as relações interpessoais e a vida das pessoas (LIPP *et al.*, 2009).

3.1.2. Ansiedade

É considerada uma reação de defesa comum, antecede momentos de perigo ou situações potencialmente ameaçadoras (MARTINS *et al.*, 2019). Pode ser considerada como um receio sem um objeto definido ou presente, formada por experiências e lembranças vividas (DIAS, 2018; TOMÉ *et al.*, 2018). É um estado emocional, que desencadeia ativação do Sistema Nervoso Autônomo Simpático (SNAS) e provoca no indivíduo tensão, nervosismo e preocupação excessiva (TSHISWAKA, 2018). Pode gerar inquietação que aumenta progressivamente e medo (GONÇALVES *et al.*, 2010).

A ansiedade é normal em situações novas, porém quando não há controle sob a mesma, torna-se patológica (DIAS, 2018). Pode ser caracterizada como um temor por agentes exteriores ou interiores. O grau de intensidade determina a reação da mesma. Em geral, quanto maior a intensidade de ansiedade do paciente, maior será a percepção de dor. Tem como característica principal do paciente ansioso, a tendência de evitar o tratamento odontológico (GONÇALVES *et al.*, 2010).

3.1.3. Medo

A ansiedade e o medo geralmente são confundidas. A diferença entre ambos é a sua intensidade (GONÇALVES *et al.*, 2010). A ansiedade é gerada por um objeto inespecífico, já o medo é descrito como um pavor a uma ameaça externa que represente perigo físico ou psicológico, alteram o estado emocional de alerta (TOMÉ *et al.*, 2018; GONÇALVES *et al.*, 2010). Esta resposta individual a uma situação perigosa existe para proteger a vida do indivíduo (MENDES, 2012).

A maioria das pessoas possui algum tipo de medo, que abrange medos comuns como de envelhecer, da dor, da doença e da própria morte (FACIOLI; SOARES; NICOLAU, 2010). O medo de ir ao dentista é universal e pode ser notado tanto em crianças quanto em adultos (JEDDY; NITHYA; RADHIKA; JEDDY, 2018).

3.1.4. Fobia

A ansiedade e o medo deixam de ser respostas comuns, necessárias e positivas quando o limiar de tolerância e controle pelo indivíduo é perdido, produzindo aversão a determinada situação ou objeto (SÁNCHEZ-VALLE, 2016). A fobia é um medo de intensidade elevada, persistente e desproporcional que ocasiona a fuga e conseqüentemente, gera o não enfrentamento de uma situação condicionante (GONÇALVES, 2010; SÁNCHEZ-VALLE, 2016). Diferente do medo, a fobia atinge um grau tão alto no indivíduo que pode alterar situações rotineiras (SÁNCHEZ-VALLE, 2016).

A fobia pode se manifestar de formas diferentes em cada indivíduo, desta forma, pode ser classificada como: agorafobia, fobia social e fobias específicas. Esta última é o diagnóstico mais comum na psiquiatria e está relacionada a um objeto ou situação específica, como por exemplo: o medo excessivo de elevadores, clínicas médicas, aviões, não conseguir respirar ou por engasgar. É desencadeada por objetos ou situações que levam ao pânico quando os indivíduos estão calmos ou relaxados (SÁNCHEZ-VALLE, 2016).

3.2. A odontofobia

Na Odontologia, a fobia dental é conhecida como odontofobia. O termo “odontofobia” também pode ser conhecido como: ansiedade dental, medo dental, medo odontológico, medo ao atendimento ou medo ao tratamento em si (PENTEADO, 2017).

É caracterizada por um medo excessivo e persistente que desencadeia um desejo de evitar ou escapar das situações relacionadas ao tratamento odontológico. Pode desencadear um aumento da sensibilidade em relação à dor na intervenção e gerar ansiedade antecipada e impede o paciente de comparecer às consultas odontológicas rotineiras (SÁNCHEZ-VALLE, 2016).

De acordo com estudos, estima-se que a ansiedade frente a tratamentos odontológicos acomete 40% da população (RAMACCIATO; RANALI; MOTTA, 2013). Na odontofobia, a estimativa é de 4 a 30% no mundo (TSHISWAKA, 2018) e 15 a 20% da população brasileira (SOUZA *et al.*, 2013). Desta forma, a odontofobia é um problema universal que surte graves efeitos na saúde pública e privada e precisa ser discutida na clínica diária. Em vista disso, é reconhecida como uma barreira prejudicial apresentada por pacientes frente a procura do atendimento (MENDES, 2012).

Este tipo de paciente demonstra um comportamento de procurar o consultório odontológico apenas quando a dor é exacerbada e o obriga a estar presente no local (SÁNCHEZ-VALLE, 2016). Em vista disso, o profissional não consegue intervir periodicamente e instituir práticas preventivas, a fim de preservar a manutenção da saúde bucal (MIALHE *et al.*, 2010). Ainda por cima, a não realização ou o atraso dos procedimentos pode causar a evolução de quadros clínicos que potencialmente serão mais dolorosos e desconfortáveis. Pode aumentar o tempo para finalizar o tratamento e reforçar o estereótipo de que este é doloroso (MENDES, 2012; BULGARELI, MESTRINER; PINTO, 2012).

De acordo com De Stefano (2019), a fobia dentária pode ser classificada em:

1. Odontofobia leve, também conhecida por “ansiedade odontológica”, a mais frequente na população;
2. Odontofobia moderada, chamada de “medo odontológico”;
3. Odontofobia grave, denominado “fobia dental”, mais rara e mais difícil de ser controlada pelo profissional.

3.2.1. Principais origens do medo frente ao atendimento odontológico

A visita do paciente ao cirurgião-dentista ocupa a quinta posição como uma das situações mais temidas pelos indivíduos (MARTINS *et al.*, 2019). Durante o atendimento, o estresse gerado é comum (DIAS, 2018) e causa uma resposta fisiológica

nas pessoas (MARTINS *et al.*, 2019). Nesta tocante, se reconhece sua complexidade, pois o medo do tratamento odontológico não possui uma origem definida. Por isso, há a sugestão de uma etiologia multifatorial, conforme Figura 6 (SÁNCHEZ-VALLE, 2016; MARTINS *et al.*, 2019).

De acordo com Facioli e colaboradores (2010), essas sensações de medo e ansiedade podem ter sido transmitidas na infância por parentes ou amigos para a criança. Não necessita a mesma ter passado por uma experiência traumática. No estudo de Martins e associados (2019) houve relatos de ansiedade nos pais durante o atendimento odontológico, enquanto que as crianças apresentaram ou não ansiedade. Para Tshiswaka (2018), a mãe poderá influenciar inconscientemente o filho por experiências anteriores negativas ou por receber informações incômodas sobre o atendimento odontológico. Por conseguinte, o medo da consulta pode ser adquirido por meio de expectativas de terceiros (SEMENOFF-SEGUNDO *et al.*, 2016) na infância ou adolescência e sugere o fator familiar (MARQUES *et al.*, 2010).

Em adultos, os fatores socioeconômico e cultural podem influenciar neste temor (MARQUES *et al.*, 2010). Conforme Dias (2018), quanto maior o nível de escolaridade, menor será o grau de ansiedade do paciente. Além disso, indivíduos com falta de acesso à informação geralmente são mais ansiosos. Naturalmente, indivíduos com maior poder aquisitivo possuem mais facilidade de acesso aos recursos disponíveis para tratamento curativo e preventivo. Enquanto isso, as pessoas de classe baixa procuram o atendimento de urgência apenas em casos de dor instalada e contribui para elevar o nível de medo em relação ao tratamento dentário (MIALHE *et al.*, 2010).

Assim também se relatam fatores emocionais, história médica pregressa e experiência negativa a consultas anteriores (SÁNCHEZ-VALLE, 2016; MARTINS *et al.*, 2019). Outros fatores que levam a esta condição de medo podem ser pelo desconhecimento dos procedimentos e do ambiente clínico (SOUZA *et al.*, 2013). Eventualmente, diversos autores (MIALHE *et al.*, 2010; SEMENOFF-SEGUNDO *et al.*, 2016; BUITRAGO e COSTA 2020; SEMENOFF-SEGUNDO *et al.*, 2016; SÁNCHEZ-VALLE, 2016) explanam variados tipos de fobias específicas que podem ser estímulos desencadeadores de medo durante o atendimento odontológico (Figura 7), como por exemplo:

- a. Medo de sangue ou de sentir dor (SÁNCHEZ-VALLE, 2016; BUITRAGO e COSTA, 2020).

- b. Ver ou sentir a agulha da seringa (MIALHE *et al.*, 2010).
- c. Medo do barulho ou das vibrações geradas pelo motor (MIALHE *et al.*, 2010, GASTMANN, 2017).
- d. Medo do ambiente ou de odores desconhecidos (GASTMANN, 2017; SOUZA *et al.*, 2013).
- e. Medo de procedimentos como tratamento de canal, extrações e restaurações dentárias ou uso de isolamento absoluto com lençol de borracha (GASTMANN, 2017; SEMENOFF-SEGUNDO *et al.*, 2016; SÁNCHEZ-VALLE, 2016).
- f. Medo do cirurgião-dentista (MIALHE *et al.*, 2010; LEMOS; DUQUE; MACHADO, 2019).

Na literatura há a atribuição de um grau de ansiedade maior em mulheres (MARTINS *et al.*, 2019), entretanto, nas mulheres podem estar associadas à ansiedade pelo fato de se preocuparem mais em relação à saúde. Buscam os serviços de saúde aos primeiros sinais de problemas e conseqüentemente, geram um maior número de atendimento. Acrescente-se que socioculturalmente as mulheres relatam com maior sinceridade seus sentimentos de ansiedade ou medo do que os homens (MIALHE *et al.*, 2010; PENTEADO, 2017).

Enquanto que a procura pelo tratamento da dor não possui relação com gênero (MIALHE *et al.*, 2010). O sentimento de medo pode estar relacionado ao cirurgião-dentista pela falsa crença de que o tratamento odontológico leva o paciente a sentir dores agudas (SÁNCHEZ-VALLE, 2016). Mialhe e associados (2010), evidenciam que o paciente procura o atendimento de urgência em casos dor, perda de função e estética (MIALHE *et al.*, 2010). Para o manejo mais adequado de pacientes ansiosos por odontalgia e principalmente os odontofóbicos, as técnicas de tratamento devem incluir o uso de anestesia local. No controle da dor pós-operatória os analgésicos são recomendados (DOU *et al.*, 2018).

3.2.2. Sinais e sintomas

A ida ao dentista pode ser mais assustadora para alguns pacientes do que para outros (SEMENOFF-SEGUNDO *et al.*, 2016). O medo e a ansiedade conseguem ser identificados na sua maioria dos casos dos pacientes que procuram o atendimento

odontológico, tanto quanto pelo comportamento do paciente como pelo reconhecimento de sinais exibidos por ele (RAMACCIATO; RANALI; MOTTA, 2013). É comum que os pacientes ansiosos e temerosos apresentem um aumento na ativação do sistema nervoso (TSHISWAKA, 2018).

Em vista disso, estes indivíduos irão apresentar sintomas ante ao serviço odontológico, como: sudorese, palpitações, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca, tontura, cefaleia, calafrios, respiração curta, taquicardia, tremor, rubor, dilatação da pupila, sintomas gastrointestinais e inquietação física com contraturas musculares (RAMACCIATO; RANALI; MOTTA, 2013; DIAS, 2018; SÁNCHEZ-VALLE, 2016; SEMENOFF-SEGUNDO *et al.* 2016). Estas manifestações explicam-se pela liberação endógena dos hormônios adrenalina e noradrenalina e ativação do SNAS, responsáveis pelas reações de fuga e de luta (RAMACCIATO; RANALI; MOTTA, 2013).

3.3. Manejo clínico do paciente odontofóbico

3.3.1. Capacitação do profissional e atitude do dentista

O profissional da odontologia lida diariamente com pessoas suscetíveis à dor e ao medo. Muitas vezes, o profissional está em busca de uma técnica aprimorada e estética nos tratamentos. Embora, os treinamentos de manejo de dor e do medo não acompanham a evolução dos avanços odontológicos e muitas vezes, não são valorizados (SANTOS, 2019). Uma vez que o conhecimento da psicossomática fornece ao cirurgião-dentista a capacidade de compreender cientificamente as reações que ocorrem no cotidiano do consultório (MARQUES *et al.*, 2010; FACIOLI; SOARES; NICOLAU, 2010).

Um achado para os fatores do alto medo da consulta odontológica é a negligência e a atitude do dentista (LE MOS; DUQUE; MACHADO, 2019). Uma vez que a maioria dos pacientes ficam insatisfeitos com o cuidado que recebem (MENDES, 2012). Portanto, a comunicação entre dentista e paciente desempenha um importante papel. O reforço verbal e a segurança são métodos utilizados comumente e devem ser praticadas por todos os membros da equipe odontológica. Para isso, é necessário identificar os pacientes com ansiedade, medo ou fobia para adequar cada caso de forma individual.

Uma forma de avaliar a ansiedade e odontofobia é através do Questionário de Corah (Anexo A) ou da Escala Dental de Ansiedade Modificada (Anexo B). Para avaliar o medo do atendimento odontológico, o Questionário de Carter (Anexo C) é sugerido (PITULAJ *et al.*, 2020; GASTMANN, 2017). Medidas comportamentais e educacionais nos programas de treinamento odontológico e nas faculdades de Odontologia devem ser incluídas, para melhor capacitar o profissional odontológico frente a estes casos (LEMOS; DUQUE; MACHADO, 2019; FACIOLI; SOARES; NICOLAU, 2010).

Criado em 1969, por Corah, o questionário é o mais popular, simples e de fácil utilidade pelo profissional. É composto por quatro itens, cada pergunta contendo cinco respostas possíveis. Cada resposta atribuída equivale a (1-5) pontos. A soma dos valores atribuídos a cada resposta é o resultado do teste e pode variar de 4 a 20 pontos (Figura 2). Uma indicação de 17 a 20 pontos indica odontofobia (PITULAJ *et al.*, 2020).

3.3.2. Atendimento individualizado

Após a identificação do paciente odontofóbico, um planejamento adequado e manejo individualizado para o paciente devem ser realizados. A fim de passar segurança ao paciente e tranquilizá-lo quanto a sensação dolorosa que pode ocorrer. Onde o profissional deve agir de forma comunicativa, explicativa e atenciosa, quanto aos tratamentos que serão realizados e medicamentos a serem prescritos. Desta maneira, se ameniza a ansiedade e o medo, torna o procedimento menos desconfortável e possibilita ao profissional a solução dos objetivos de remoção de dor de forma efetiva e rápida (GASTMANN, 2017).

O paciente cooperativo torna a chance de sucesso do tratamento muito maior. Inicialmente, o manejo é realizado de forma não invasiva, utilizando técnicas comportamentais como esconder os instrumentos perfurocortantes da vista do paciente e a tranquilização verbal. Em caso de falha, a terapia medicamentosa poderá ser utilizada. Embora a abordagem psicológica deva ser a primeira tentativa de tratamento da ansiedade associada ao medo. Técnicas complementares como a acupuntura, hipnose, aromaterapia, musicoterapia e o uso de fitoterápicos vem sido preconizados para redução do estresse na clínica odontológica (CUNHA, 2019; LEMOS; DUQUE; MACHADO, 2019; TSHISWAKA, 2018; FARIAS *et al.*, 2019).

A partir da primeira consulta o CD pode observar as características da pessoa e não somente sua condição bucal, mas ainda entender seu psicológico (FARIAS *et al.*, 2019) Num questionário, investigar as situações prévias que podem ter sido traumáticas ao paciente em questão e que levaram o paciente a desenvolver ansiedade ou a odontofobia. Diante disto, buscar acolher o paciente de forma adequada e minimizar esse sentimento de medo. Assim, o indivíduo se sentirá acolhido e com a possibilidade de aderir ao tratamento proposto, priorizando a melhora da condição oral e, portanto, da qualidade de vida (LADEWIG *et al.*, 2016; PENTEADO, 2017). Em concordância com o tratamento multidisciplinar proposto na (Figura 8). Uma vez que a etiologia deste problema é multifatorial e não há monoterapia para realizar o manejo (APPUKUTAN, 2016).

3.3.3. Métodos complementares

Quando se refere à ansiedade e à fobia, o método mais conhecido pelo odontologista é o medicamentoso, por mais que a bibliografia atual apresente limitações no uso dos ansiolíticos em pacientes fóbicos e ainda, pela possibilidade de apresentarem efeitos adversos. Por meio do Conselho Federal de Odontologia (CFO), a resolução CFO-82/2008, regulamenta o uso de práticas integrativas complementares. Dentre as alternativas apresentadas, estão: a acupuntura, a hipnose e a fitoterapia, com o intuito de tratar o indivíduo além do aspecto físico.

As Práticas Integrativas e Complementares (PIC) podem mudar o quadro do paciente desfavorecido socioeconomicamente. Serve como auxiliar na integração da relação cirurgião-dentista/paciente e agrega recursos para melhor recuperação da saúde deste (FACIOLI; SOARES; NICOLAU, 2010). A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares sugere ainda, o uso das PIC na promoção e educação em saúde. A fim de promover uma conversa abrangente e integral para se unir ao Sistema Único de Saúde (SUS) e acolher todas as classes sociais, não apenas evitando que a doença se instale e que as consequências sejam mais graves, mas abordar métodos menos evasivos e robotizados (FARIAS *et al.*, 2019).

3.3.3.1. Musicoterapia

Na tentativa de reduzir o estresse gerado pelo tratamento odontológico, Tshiswaka (2018) avaliou os efeitos da música ao medir os níveis de cortisol em pacientes. Na análise, o grupo que não ouviu música apresentou um nível elevado de cortisol em comparação ao grupo que ouviu música. A musicoterapia tem se mostrado uma alternativa para o uso odontológico. É uma prática não-invasiva, econômica e bem aceita pelos pacientes, com a capacidade de elevar o humor e ainda, reforçar e diminuir os níveis de estresse.

3.3.3.2. Fitoterápicos

O uso da terapia floral de Bach traz vantagens como analgesia e de forma secundária, influencia na atitude do paciente com o efeito placebo. Agem como recurso terapêutico aos procedimentos convencionais na Odontologia. Sua principal indicação é na especialidade cirúrgica, onde o medo e a ansiedade são inevitáveis. Suas contraindicações envolvem pacientes com histórico de comprometimento gástrico e alcoolismo, por apresentarem o álcool em sua composição. O baixo custo facilita o acesso aos pacientes dos serviços públicos ou de classe econômica desfavorável e permite prevenir, curar ou minimizar os sintomas das doenças. Entretanto, a literatura é escassa quando se trata do uso da Valeriana em Odontologia e o conhecimento da classe odontológica frente ao uso da fitoterapia é mínimo (FARIAS *et al.*, 2019).

3.3.3.3. Sedação consciente

A sedação consciente é totalmente diferente da anestesia geral. É uma depressão mínima do estado de consciência. A respiração é espontânea e são mantidos os reflexos de proteção e a resposta a estímulos físicos e comunicação verbal (RAMACCIATO; RANALI; MOTTA, 2013). Pode ser utilizada no controle do paciente odontofóbico em terapias comportamentais ou em casos de emergências (MENDES, 2012) e pode ser realizada por fármacos ou pela administração de oxigênio seguida pelo uso de óxido nitroso (LADEWIG *et al.*, 2016).

3.3.3.3.1. Sedação consciente farmacológica

É produzida por terapia medicamentosa ou sua combinação com o tratamento não medicamentoso. Quando realizada pelo profissional qualificado, é eficiente e segura para reduzir a ansiedade e tornar possível a realização de procedimentos odontológicos (MACEDO-RODRIGUES e REBOUÇAS, 2015). O fármaco poderá ser controlado, mas pode causar dependência química ao seu uso (MENDES, 2012). Sendo que o paciente que utilizar medicações ansiolíticas com indicação do dentista, não deverá sair do consultório sem um acompanhante. A medicação pode ainda causar anamnésia retrógrada, sonolência e efeitos adversos como a excitação ao invés de sonolência (FARIAS *et al.*, 2019).

O uso dos benzodiazepínicos (BZD) via oral estão entre os mais utilizados no meio odontológico. Demonstram eficácia e segurança no uso clínico e promovem sedação, hipnose, relaxamento muscular, controle da ansiedade, efeito anticonvulsivo, redução do fluxo salivar e da ânsia de vômito. Dentre os principais BZD empregados na odontologia estão o Diazepam, o Midazolam, o Lorazepam, o Alprazolam e Triazolam, de acordo com a Figura 4 (LIMA e ARAÚJO, 2020). De acordo com Andrade (2014), não existe um protocolo a ser seguido para escolha do BZD para realizar a sedação mínima na Odontologia.

3.3.3.3.2. Sedação consciente inalatória

É produzida pela combinação de Óxido Nitroso e Oxigênio (N_2O/O_2). Seu efeito pode começar em pouco menos de 30 segundos e com pico de efeito em 5 minutos. Promove leve depressão do córtex cerebral, diferentemente dos benzodiazepínicos, que atuam a nível de bulbo, não deprime o centro respiratório e mantém o reflexo laríngeo. A sedação ocorre de forma rápida, segura e diminui a sensibilidade à dor. A reversibilidade é rápida, pois o gás é rapidamente eliminado por expiração e altera minimamente os sinais vitais. A concentração mínima é de 30% de oxigênio na mistura dos gases (LADEWIG *et al.*, 2016).

É muito útil em pacientes ansiosos ou portadores de doenças cardiovasculares, hepáticas, respiratórias não-obstrutivas., oncológicas, renais, neurológicas, endócrinas, nutricionais e inclui diabéticos, leucêmicos, anêmicos e alérgicos. Não possui contra-indicações absolutas, mas fatores que inviabilizam o uso, como: a obstrução de vias aéreas superiores (infecção respiratória, aumento dos linfonodos ou adenoides),

pacientes que utilizam medicação psicotrópica, pacientes com problemas comportamentais severos e que inviabilizam o uso da máscara nasal e doenças pulmonares crônicas obstrutivas (LADEWIG *et al.*, 2016). De acordo com a Sociedade Americana de Anestesiologistas (Figura 3) o paciente deve cumprir requisitos para ser classificado na categoria ASA I ou ASA II para ser considerado apto à sedação (APPUKUTAN, 2016).

A anamnese deve conter história médica e informações como alergias e medicamentos utilizados no momento, presença de doenças ou anomalias, histórico familiar e de anestesia geral; complicações com sedação ou anestesia, revisão dos sistemas corporais, idade e peso do paciente. Apesar do óxido nitroso não interagir diretamente com outros medicamentos, sua ação pode aumentar o potencial de drogas utilizadas e induzir ao sono (LADEWIG *et al.*, 2016).

4. RESULTADOS

A pesquisa na literatura resultou em 8.791 artigos encontrados. Após aplicação dos critérios de elegibilidade e exclusão expostos na Metodologia deste trabalho, restaram 40 estudos que puderam ser incluídos no presente. Destes, 11 eram pesquisas com questionários, 10 eram do tipo revisão de literatura, 4 eram monografias, 4 eram do tipo dissertação, 2 eram estudos de coorte e 3 eram estudos transversais (Fig. 5). Dos estudos encontrados, 7 sugerem uma etiologia multifatorial da odontofobia e da ansiedade, 8 mostraram que a influência dos pais, parentes ou terceiros podem desencadear a origem do medo odontológico na infância e 20 deles relatam que o medo e a ansiedade do tratamento odontológico causam a fuga dos pacientes à ida ao Cirurgião-Dentista.

O Google Acadêmico foi a principal fonte de estudos, pois nesta base de dados, foram encontrados 57% dos estudos. A Tabela 1 ilustra os principais resultados de alguns dos estudos encontrados. Pode-se observar 2 estudos de coorte, 2 revisões não-sistemáticas e meta-análises, 4 pesquisas, 3 estudos transversais e 4 revisões de literatura. Dos estudos do presente trabalho, os transversais avaliaram 3.430 pacientes e as pesquisas avaliaram 24.870 pacientes antes e durante o atendimento odontológico, totalizando 28.300 pacientes em 9 estudos. Os tipos de tratamento nos estudos envolveram o tratamento não-invasivo (8 estudos) e o tratamento invasivo (11 estudos) conforme Figura 9.

5. DISCUSSÃO

O objetivo desta pesquisa foi realizar uma revisão bibliográfica dos estudos relacionados ao manejo clínico do paciente odontofóbico frente ao atendimento odontológico. Foram encontrados 40 estudos de 9 países, dentre eles, 4 monografias, 4 dissertações, 10 revisões de literatura, 2 revisões sistemáticas e meta-análises, 3 estudos de coorte, 11 pesquisas, 3 livros e 3 estudos transversais. Destes, a maioria das revisões de literatura, pesquisas, estudos de coorte e transversais relatam a necessidade do adequado manejo da ansiedade dental e da odontofobia nos pacientes.

Os pacientes odontofóbicos necessitam de um manejo individual por conta da necessidade de desmistificar fatores que podem ocasionar a ansiedade e o medo do tratamento odontológico. O tratamento não-invasivo se torna primeira escolha para o cirurgião-dentista abordar. Na tentativa de realizar uma conversa com o paciente para identificar o motivo do medo a respeito da odontologia (APPUKUTAN, 2016). Pode-se resolver o problema principal a longo prazo e permitir ao paciente a redução ou ausência do medo ou à associação de dor ao frequentar o consultório. O tratamento não-invasivo associado ao invasivo se torna uma alternativa em pacientes com ansiedade/medo/fobia severa ou extrema (DE STEFANO, 2019; ARMFIELD e HEATON, 2013).

Alguns pesquisadores (DOU *et al.*, 2018; PITULAJ, 2020; CALTABIANO *et al.*, 2018; DE STEFANO, 2019; APPUKUTAN, 2016; CARVALHO *et al.*, 2012; KING e HUMPHRIS, 2010) relatam que o uso de questionários prévios aos atendimentos clínicos permitem ao cirurgião-dentista encontrar indivíduos ansiosos ou fóbicos e ajudam a aliviar a ansiedade do paciente. Comprovam a eficácia do questionário de Corah (PITULAJ, 2020; DE STEFANO, 2019; CARVALHO *et al.*, 2012) e da Escala Dental de Ansiedade Modificada (MDAS) (DOU *et al.*, 2018; CALTABIANO *et al.*, 2018; KING e HUMPHRIS, 2010) e os recomendam como padrão ouro para realizar o tratamento específico do paciente, pois além de revelar o grau de ansiedade, parecem reduzi-lo e facilitar no manejo.

Em conformidade com as pesquisas (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014), os clínicos-gerais estão aptos a tratar eficazmente os pacientes com ansiedade dentária. Quando o paciente é fóbico, o recomendado é encaminhá-lo para um nível de

cuidado secundário, ao psicológico (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014; DE STEFANO, 2019; APPUKUTAN, 2016; ARMFIELD e HEATON, 2013) ou ao psiquiatra (APPUKUTAN, 2016). A fim de permitir que o especialista realize o diagnóstico psiquiátrico e o tratamento adicional correto, para que o paciente mude sua forma de reagir à situação fóbica e encontre forças para enfrentar o medo.

De acordo com diversos autores (DOGANER *et al.*, 2017; CALTABIANO *et al.*, 2018; ARMFIELD, 2010) quanto menor a idade do paciente, maior o nível de ansiedade odontológica. Para Caltabiano e colaboradores (2018) isso pode ocorrer pelo aumento de exposição do paciente aos tratamentos odontológicos ao longo do tempo. Já Armfield (2010) explana em seu estudo que a maior diferença na redução do nível de ansiedade é observada em adultos com mais de 45 anos. Entretanto, Carvalho e associados (2012) relatam maior nível de ansiedade odontológica em pacientes entre a faixa etária de 10 a 20 anos.

Os resultados do presente estudo, estão de acordo com estudos anteriores (DOGANER *et al.*, 2017; DOU *et al.*, 2018; CALTABIANO *et al.*, 2018; BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014) e indica que a experiência odontológica negativa, influencia em maiores níveis de escores de medo dental. Para Jeddy e associados (2018), a dor foi indutora de medo em 79,7% dos pacientes no estudo. Em concordância, Dou e colaboradores (2018) relataram em sua pesquisa que pacientes ansiosos sentiram mais dor do que pacientes não ansiosos, sob o mesmo ponto de vista do estudo de Carvalho e colegas (2012).

Na pesquisa de Caltabiano e associados (2018) e no estudo de Carvalho *et al.* (2012), as mulheres tiveram pontuação de MDAS mais alta em comparação aos homens, isto pode ser explicado pelas mulheres relatarem limiar de dor mais baixos e maior tolerância à dor. Para Armfield e Heaton (2013); Beaton e colegas (2014), vítimas de agressão sexual tinham quase duas vezes a mais a probabilidade de relatar alta ansiedade dentária em comparação com pacientes que não haviam sofrido agressão sexual.

A ansiedade dental está relacionada a pacientes que realizam visitas irregulares em comparação aos pacientes que visitam regularmente o dentista (DOGANER *et al.*, 2017), sendo que pacientes que visitaram o consultório por mais de três vezes tiveram redução da ansiedade odontológica quando comparados àqueles com três ou menos frequência de visitas (JEDDY; NITHYA; RADHIKA; JEDDY, 2018; CALTABIANO

et al., 2018; LIN; WU; YI, 2017). Segundo Appukutan (2016); Armfield e Heaton (2013); Beaton, Freeman e Humphris (2014) esta fuga se torna um ciclo vicioso (Figura 2), que resulta num agravamento dos problemas, exige um tratamento mais intensivo e potencialmente mais traumático, o que reforça ou exacerba o medo e leva à contínua esquiva de ir ao dentista. Por isso, há a necessidade de conscientização do C.D quando ao paciente em construir relações de confiança e conduzir o tratamento de forma acolhedora (JEDDY; NITHYA; RADHIKA; JEDDY, 2018; CALTABIANO *et al.*, 2018; ARMFIELD e HEATON, 2013).

Este estudo possui limitações no que se refere ao tempo de pesquisa de estudo, pois o mesmo foi realizado em um curto período de tempo e da necessidade de busca por maior quantidade de artigos em longo prazo; à contemporaneidade do tema proposto, em vista da escassez de material presente nos bancos de dados; à falta de artigos e estudos mais precisos, em vista da maior quantidade de estudos presentes no presente trabalho serem compostas de revisões de literatura não-sistemáticas; à necessidade de mais estudos serem realizados abordando este tema e para confirmar os dados aqui prestados.

Diante do exposto, a abordagem deve ser ampla e individual para cada indivíduo, pois é uma etapa crítica. A habilidade do cirurgião pode diminuir a ansiedade e o medo nos pacientes, uma vez que a comunicação e empatia durante o tratamento são eficazes em pacientes com baixo ou moderado medo. Em casos de medo elevado, o cirurgião deve encaminhar o paciente ao psicólogo o mais breve possível, para mudar as crenças do mesmo e será mais útil do que realizar técnicas sedativas. Desta forma, visar a prevenção e o futuro do paciente, para que se submeta às sessões sem medo, recupere a saúde bucal e a autoconfiança.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Visto que uma porção circunstancial da população sofre de ansiedade e medo do dentista, o manejo do paciente temeroso deve ser integrado à clínica diária. O profissional deve se comunicar com o paciente, identificar a origem do medo e utilizar escalas de ansiedade para categoriza-lo em leve, moderado, extremo ou fobia dental. A estratégia de atendimento deverá ser individualizada de acordo com a severidade do caso. Em vista disso, o cirurgião-dentista deve estar ciente da ampla gama de técnicas que poderá lançar mão. O estado de saúde do paciente é muito importante, diante disso, o cirurgião-dentista deve realizar esforços especiais ao se deparar com este tipo de caso, a fim de encorajar os serviços e as visitas preventivas. Portanto, amenizar este problema de saúde pública e evitar que o paciente siga num ciclo vicioso de fuga ao atendimento é de extrema valia.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, E.D. **Terapêutica Medicamentosa em Odontologia**. 3a. edição. São Paulo: Artes Médicas, 2014.

APPUKUTTAN, D. P. **Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review**. Clin Cosmet Investig Dent., Londres, v. 8, p. 35 – 50, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4790493/>>. Acesso em: 13 ago. 2020.

ARMPFIELD, J. M. **The extent and nature of dental fear and phobia in Australia**. Aust Dent J, Austrália, v. 55, p. 368-377, 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1834-7819.2010.01256.x>>. Acesso em: 15 set. 2020.

ARMPFIELD, J. M.; HEATON, L. J. **Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review**. Aust Dent J., Austrália, v. 58, p. 390-407, 2013. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/adj.12118>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BEATON, L.; FREEMAN, R.; HUMPHRIS, G. **Why Are People Afraid of the Dentist? Observations and Explanations**. Medical Principles and Practice, Suíça. v. 23, p. 295–301, 2013. Disponível em: <[doi:10.1159/000357223](https://doi.org/10.1159/000357223)>. Acesso em: 15 set. 2020.

BUITRAGO, G. R. R.; COSTA, K. N. **Hospital do Ursinho de Brasília: Uma Missão Social. Revista Participação**. Brasília, n° 33, p.111-119, fev. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.unb.br/index.php/participacao/article/download/22855/26001>>. Acesso em: 18 jul. 2020.

BULGARELLI, A. F.; MESTRINER, S. F.; PINTO, I. C.. **Percepções de um grupo de idosos frente ao fato de não consultarem regularmente o cirurgião-dentista**. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 97-107, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232012000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jul. 2020.

CALTABIANO, M. L.; CROKER, F.; PAGE, L.; SKLAVOS, A.; SPITERI, J.; HANRAHAN, L., CHOI, R. **Dental anxiety in patients attending a student dental clinic**. BMC oral health, Reino Unido, v. 18, p. 48, 2018. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12903-018-0507-5>>. Acesso em: 13 ago. 2020.

CARTER A.E.; CARTER, G., BOSCHEN, M. *et al.* **Ethnicity and pathways of fear in endodontics**. Journal of Endodontics, Canadá, v. 41, n. 1437, p. 40, 2015. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0099239915003830>>. Acesso em: 19 ago. 2020.

CARVALHO, R.W. F. D.; FALCÃO, P. G. C.; CAMPOS, G. J. L.; BASTOS, A. S.; PEREIRA, J. C.; PEREIRA, M. A. S.; CARDOSO, M. S. O.; VASCONCELOS, B. C. E.. **Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros**. Cien Saude Colet., Rio de Janeiro, v. 17, p. 1915-1922, 2012. Disponível em: < <https://www.scielo.org/article/csc/2012.v17n7/1915-1922/pt/>>. Acesso em: 13 ago. 2020.

CUNHA, A. V. S. Da. **Manejo do medo e ansiedade em odontologia: revisão de literatura**. 2019. 23f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Centro Universitário Cesmac, Maceió, 2019. Disponível em: <<https://ri.cesmac.edu.br/handle/tede/496>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

DE STEFANO, R. **Psychological factors in dental patient care: Odontophobia**. Medicina, Suíça, v. 55, p. 678, 2019. Disponível em: < <https://www.mdpi.com/1010-660X/55/10/678>>. Acesso em: 13 ago. 2020.

DIAS, T. R. S. **Técnicas de Manejo Comportamental Utilizadas na Odontopediatria Para Controle do Medo e Ansiedade em Crianças**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) – Faculdade Maria Milza, Gov. Mangabeira, BA, 2018. Acesso em: 17 jul. 2020.

DOGANER, Y. C.; AYDOGAN, U.; YESIL, H. U.; ROHRER, J. E WILLIAMS, M. D.; AGERTER, D. C. **Does the trait anxiety affect the dental fear?** Brazilian oral research, Turquia. v. 31, 2017.

DOU L. VANSCHAAJK, M. M.; ZHANG, Y.; FU, X.; JI, P.; YANG, D. **The prevalence of dental anxiety and its association with pain and other variables among adult patients with irreversible pulpitis**. BMC Oral Health, Reino Unido v. 18, p. 101, 2018. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1186/s12903-018-0563-x>>. Acesso em: 15 set. 2020.

FACIOLI, F.; SOARES, A. L.; NICOLAU, R. A. **Terapia Floral Na Odontologia No Controle De Medo E Ansiedade - Revisão De Literatura**. Em XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação- Universidade do Vale do Paraíba, São Paulo, p. 1-5, 2010. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0766_0632_01.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

FARIAS, A.C.L.; DEUS, A. C. L.; RIBEIRO, T. L. C.; JÚNIOR, W. J. M.; ROSSETO, L. P. **Uso de fitoterápicos para o controle do medo e ansiedade no tratamento odontológico**. Anais da Jornada Odontológica de Anápolis - JOA, Anápolis, 2019. Disponível em: <<http://anais.unievangelica.edu.br/index.php/joa/article/view/4190>>. Acesso em: 05 set. 2020.

GASTMANN, A. H. **Ansiedade, medo, dor e pensamento catastrófico durante o tratamento endodôntico em pacientes gestantes e não gestantes**. 2017. 94f. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, Pelotas, 22 fev. 2017. Disponível em: < <http://repositorio.ufpel.edu.br:8080/handle/prefix/4644>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

GONÇALVES, K. B.; GRADVOHL, M. P. B.; MAIA, M. C. G. **Medo e Ansiedade Prévios à Consulta Odontológica em Crianças do Município de Aracaú-CE**. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 358–367, 2010. Disponível em: < <https://www.redalyc.org/pdf/408/40818354009.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2020.

JEDDY, N.; NITHYA, S.; RADHIKA, T.; JEDDY, N. **Dental anxiety and influencing factors: A cross-sectional questionnaire-based survey**. Indian J Dent Res, Mumbai, v. 29, p. 10-15, 2018. Disponível em: < <http://www.ijdr.in/article.asp?issn=0970-9290;year=2018;volume=29;issue=1;spage=10;epage=15;aulast=Jeddy>>. Acesso em: 15 set. 2020.

KING, K.; HUMPHRIS, G. **Evidence to confirm the cut-off for screening dental phobia using the Modified Dental Anxiety Scale**. Soc Sci Dent, vol. 1, n. 1, p. 21-28, 2010.

LADEWIG, V. M.; LADEWIG, S. F. A.; SILVA, M. G.; BOSCO, G. **Sedação Consciente Com Óxido Nitroso Na Clínica Odontopediátrica**. Rev. Odontol. Clin-Cient., Recife, vol. 15, n. 2, p. 91-96, 2016. Disponível em: < http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882016000200003&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 jul. 2020.

LEMOS, P. G. S.; DUQUE, M. A. M.; MACHADO, C. N. **Componentes Que Afetam O Medo No Tratamento Dentário em Adultos: Um Estudo Seccional**. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, Macapá, v. 1, n. 4, p. 41-54, 2019. Disponível em: <<https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/10>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

LIMA, A. A. S.; ARAÚJO, M. R. **Prescrição Medicamentosa em Odontologia. Terapêutica aplicada à Odontologia**. Paraná, UFPR, 2020. Disponível em: < <https://www.acervodigital.ufpr.br/handle/1884/66068>>. Acesso em: 10 ago. 2020.

LIN, C. S.; WU, S. Y.; YI, C. A. **Association between anxiety and pain in dental treatment**. J Dent Res, Reino Unido, v. 96, p. 153, 2017. Disponível em: < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0022034516678168>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

LIPP, M. E. N. (Org.) **Sentimentos que causam stress: Como lidar com eles**. Campinas, SP: Papyrus, 172 p., 2009. Disponível em: <<https://books.google.com.br/books?id=FniADwAAQBAJ&lpg=PT2&ots=ofRQgTpobQ&dq=sentimentos%20medo%20ansiedade&lr&hl=pt-BR&pg=PT60#v=onepage&q=sentimentos%20medo%20ansiedade&f=false>>. Acesso em: 28 ago. 2020.

MACEDO-RODRIGUES, L. W.; REBOUÇAS, P. N. **O uso de Benzodiazepínicos e N₂O/O₂ na sedação consciente em Odontopediatria**. Revista da Faculdade de Odontologia de Lins, Piracicaba, v. 25, p. 55, 2015. Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-unimep/index.php/FOL/article/view/2247>>. Acesso em: 14 set. 2020.

MARTINS, E. S.; LEÃO, E. F. D.; SILVA, F. H.; OLIVEIRA, C. C.; DIAS, V. O.; OLIVEIRA, M. J. L. **Ansiedade dos responsáveis como fator influenciador da ansiedade odontológica infantil.** Revista Intercâmbio, Minas Gerais. v. 16. p. 88, 2019. Disponível em: < <http://www.intercambio.unimontes.br/index.php/intercambio/article/view/670>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

MARQUES, K. B. G.; GRADVOHL, BRASIL, M. P.; MAIA, M. C. G. **Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, Ceará. v. 23, n. 4, p. 358-367, 2010.

MENDES, F. A. **Análise qualitativa da sedação consciente em pacientes odontofóbicos.** Dissertação de Doutorado – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: < <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-13042013-120808/en.php>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

MIALHE, F. L.; POSSOBON, R. F.; BOLIGON, F.; MENEZES, M. A. **Medo odontológico entre pacientes atendidos em um serviço de urgência. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.** Paraíba, v. 10, n. 3, p. 483-487, 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/637/63717313023.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

PENTEADO, L.A.M. **Impacto da Ansiedade, do Medo ao Tratamento Odontológico e da Condição Bucal na Qualidade de Vida de Usuários de Serviços Odontológicos.** Dissertação de Doutorado – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. 07 fev. 2017. Disponível em: < <https://attena.ufpe.br/handle/123456789/25175>>. Acesso em: 06 ago. 2020.

PITUŁAJ, A.; RAJBA, B.; ANDRZEJEWSKA, B.; KIEJNA, A.. **Psychometric validation of Corah’s Dental Anxiety Scale in the Polish population.** Advances in Clinical and Experimental Medicine. Polônia. v. 29, p. 45-49, 2020.

RAMACCIATO J. C.; RANALI J.; MOTTA, R. H. L. **Sedação Consciente Inalatória em Odontologia.** Rev. da APCD, São Paulo, 2013. Disponível em: < http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/sedacao/sedacao_consciente_inalatoria.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2020.

RIO DE JANEIRO, Resolução CFO (2008). Art. 82. Disponível em: <<http://sistemas.cfo.org.br/visualizar/atos/RESOLU%C3%87%C3%83O/SEC/2008/82>>

SÁNCHEZ-VALLE, C. **Aspectos subjetivos de la odontofobia y la ansiedad en la consulta dental: una muestra en alumnos de la Universidad de Sevilla.** 2016. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Universidad de Sevilla, Andaluzia, 2016. Disponível em: < <https://idus.us.es/handle/11441/64258>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SANTOS, D. N. dos. **Ansiedade relacionada ao tratamento odontológico.** 2019. 6f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Odontologia) - Centro Universitário do

Planalto Central Aparecido dos Santos, Brasília, 2019. Disponível em: <<https://dspace.uniceplac.edu.br/handle/123456789/224>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SEMENOFF-SEGUNDO, A.; SEMENOFF, T. A. D. V.; VOLPATO, L. E. R.; VIEIRA, E. M. M.; SILVA, N. F.; NOBREZA, A. M. S.; BORGES, A. H. **Experiência do paciente em relação ao medo frente ao atendimento odontológico**. Revista Odontológica do Brasil Central, Cuiabá - MT, 01/03/2016. v. 25, n. 72. Disponível em: <<https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/1030>>. Acesso em: 17 jul. 2020.

SOUZA, N. T.; MOREIRA, R.F.; MELLO, A.S.; MIRANDA, M.S. **Evasión de atención odontológica por los adolescentes**. 2ª edição. Adolesc Saude, Rio de Janeiro – RJ, v. 10, p. 63-66, 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=371&idioma=Espanhol>. Acesso em: 17 jul. 2020.

TOMÉ, M. S. S.; SANTOS, J. J. S.; PAULA, D. M. M.; NOBRE, N. E. C.; SILVA, F. B.; FERREIRA, A. C.; CARNEIRO, S. V. **Avaliação da Ansiedade dos Pais e/ou Responsáveis Frente ao Tratamento Odontológico em Crianças**. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, São Luis - MA, v. 25, n. 1, p. 13-16, 2018. Disponível em: <<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/joac/article/view/1681>>. Acesso em: 11 ago. 2020.

TSHISWAKA, S. K. **Avaliação do impacto da música como redutor de ansiedade no atendimento odontológico de crianças e adolescentes**. 2018. 67p. Dissertação de Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas-SP, 2018. Disponível em: <<http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/1159>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

8. ANEXOS

Anexo A. Escala de Ansiedade Dental de Corah.

Fonte: (Carvalho *et al.*, 2012).

1) Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?

- a) eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável.
- b) Eu não me importaria.
- c) Eu me sentiria ligeiramente desconfortável.
- d) Eu temo que eu me sentiria desconfortável e teria dor.
- e) Eu estaria com muito medo o que o dentista me faria.

2) Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?

- a) Relaxado.
- b) Meio desconfortável.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.

3) Quando você está na cadeira odontológica esperando que o dentista comece a trabalhar nos seus dentes com a turbina, como você se sente?

- a) Relaxado.
- b) Meio desconfortável.
- c) Tenso.
- d) Ansioso.
- e) Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal.

4) Você está na cadeira odontológica para ter seus dentes limpos. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos que ele usará para raspar seus dentes perto da gengiva, como você se sente?

- a) Relaxado.
- b) Meio desconfortável.
- c) Tenso.

Anexo B. Escala Dental de Ansiedade Modificada.

Fonte: (King e Humphris, 2010).

Modified Dental Anxiety Scale

CAN YOU TELL US HOW ANXIOUS YOU GET, IF AT ALL,
WITH YOUR DENTAL VISIT?

PLEASE INDICATE BY INSERTING 'X' IN THE APPROPRIATE BOX

1. If you went to your Dentist for TREATMENT TOMORROW, how would you feel?

Not Anxious Slightly Anxious Fairly Anxious Very Anxious Extremely Anxious

1. If you were sitting in the WAITING ROOM (waiting for treatment), how would you feel?

Not Anxious Slightly Anxious Fairly Anxious Very Anxious Extremely Anxious

1. If you were about to have a TOOTH DRILLED, how would you feel?

Not Anxious Slightly Anxious Fairly Anxious Very Anxious Extremely Anxious

1. If you were about to have your TEETH SCALED AND POLISHED, how would you feel?

Not Anxious Slightly Anxious Fairly Anxious Very Anxious Extremely Anxious

1. If you were about to have a LOCAL ANAESTHETIC INJECTION in your gum, above an upper back tooth, how would you feel?

Not Anxious Slightly Anxious Fairly Anxious Very Anxious Extremely Anxious

Instructions for scoring (remove this section below before copying for use with patients)

The Modified Dental Anxiety Scale. Each item scored as follows:

Not anxious = 1
Slightly anxious = 2
Fairly anxious = 3
Very anxious = 4
Extremely anxious = 5

Total score is a sum of all five items, range 5 to 25: Cut off is 19 or above which indicates a highly dentally anxious patient, possibly dentally phobic

Anexo C. Questionário sobre a origem do medo (adaptado).

Fonte: (Carter *et al.*, 2015).

My Endodontic Fear Questionnaire

Você está convidado a responder as perguntas a seguir para avaliação de fatores que podem ter lhe causado alguma ansiedade ou medo do dentista.

1. Alguma vez você já experimentou forte desconforto no consultório odontológico?

(1) Sim (2) não (3) indiferente

2. Você se lembra de amigos ou parentes terem experiências desagradáveis com tratamentos odontológico?

(1) Sim (2) não (3) indiferente

3. Seus pais tem medo de tratamento odontológico?

(1) Sim (2) não (3) indiferente

4. Você já foi ameaçado de ser levado ao dentista como forma de punição?

(1) Sim (2) não (3) indiferente

5. Você acha que a televisão e as revistas tem efeito no medo que as pessoas tem do dentista?

(1) Sim (2) não (3) indiferente

Figura 1. Relação entre o resultado do total de pontos e o nível de ansiedade dental.

Fonte: (Pitulaj *et al.*, 2020).

Resultado	Nível de ansiedade dental
<9	baixo
9-12	moderado
13-14	alto
15-20	muito alto

Figura 2. O ciclo vicioso de evitar a ida ao dentista.

Fonte: (Appukutan, 2016).

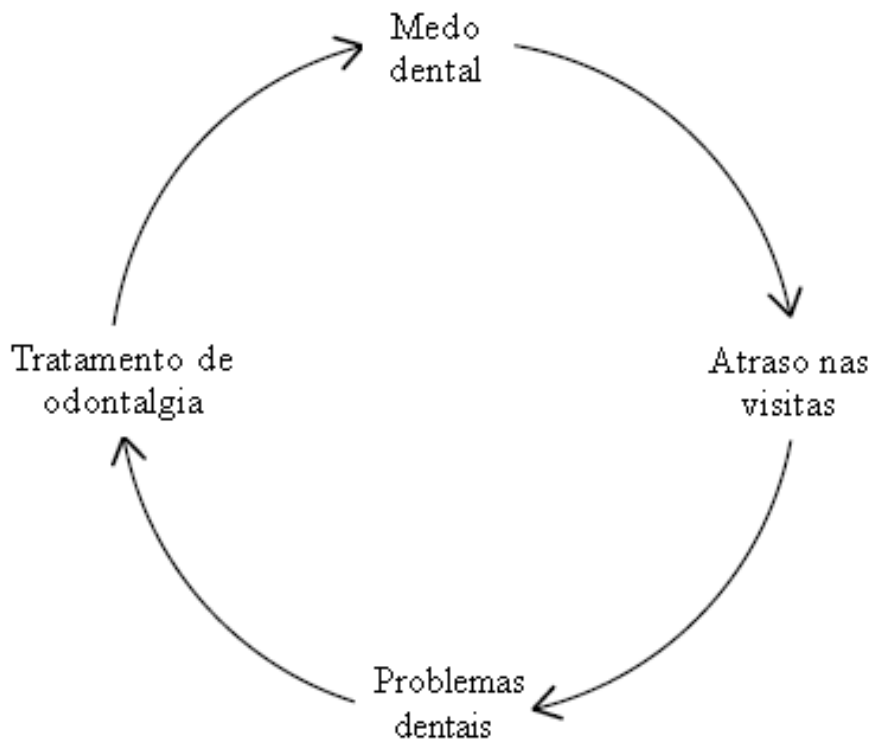


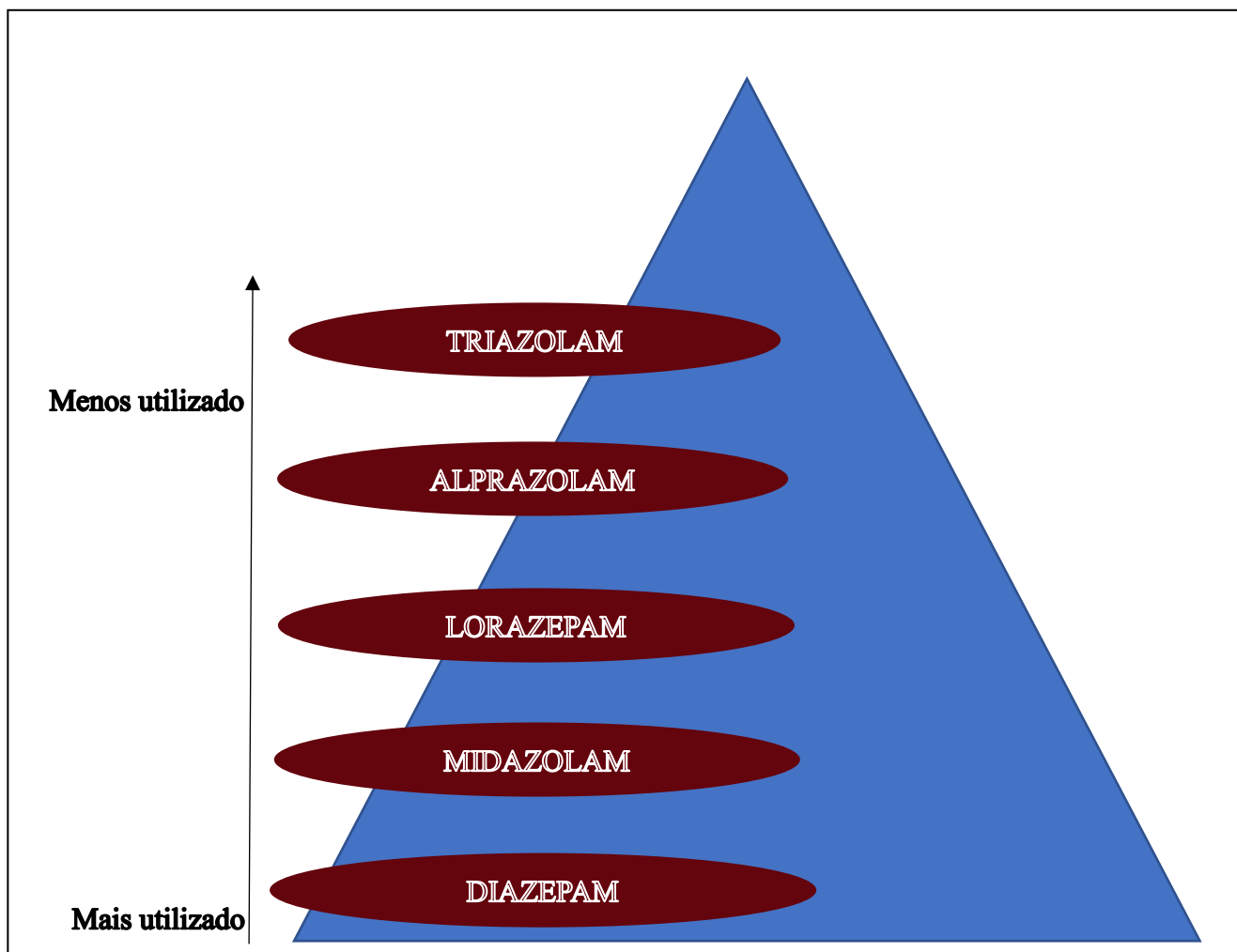
Figura 3. Classificação do estado físico.

Fonte: (American Society of Anesthesiologists)

ASA 1	Paciente saudável
ASA 2	Paciente com doença sistêmica leve
ASA 3	Paciente com doença sistêmica grave
ASA 4	Paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida
ASA 5	Paciente moribundo que não se espera que sobreviva sem a cirurgia
ASA 6	Paciente com morte cerebral cujos órgãos serão removidos para fins de doação

Figura 4. Medicações benzodiazepínicas mais utilizadas na clínica odontológica.

Fonte: (Lima & Araújo, 2020).



9. APÊNDICES

Figura 5. Fluxograma do estudo.

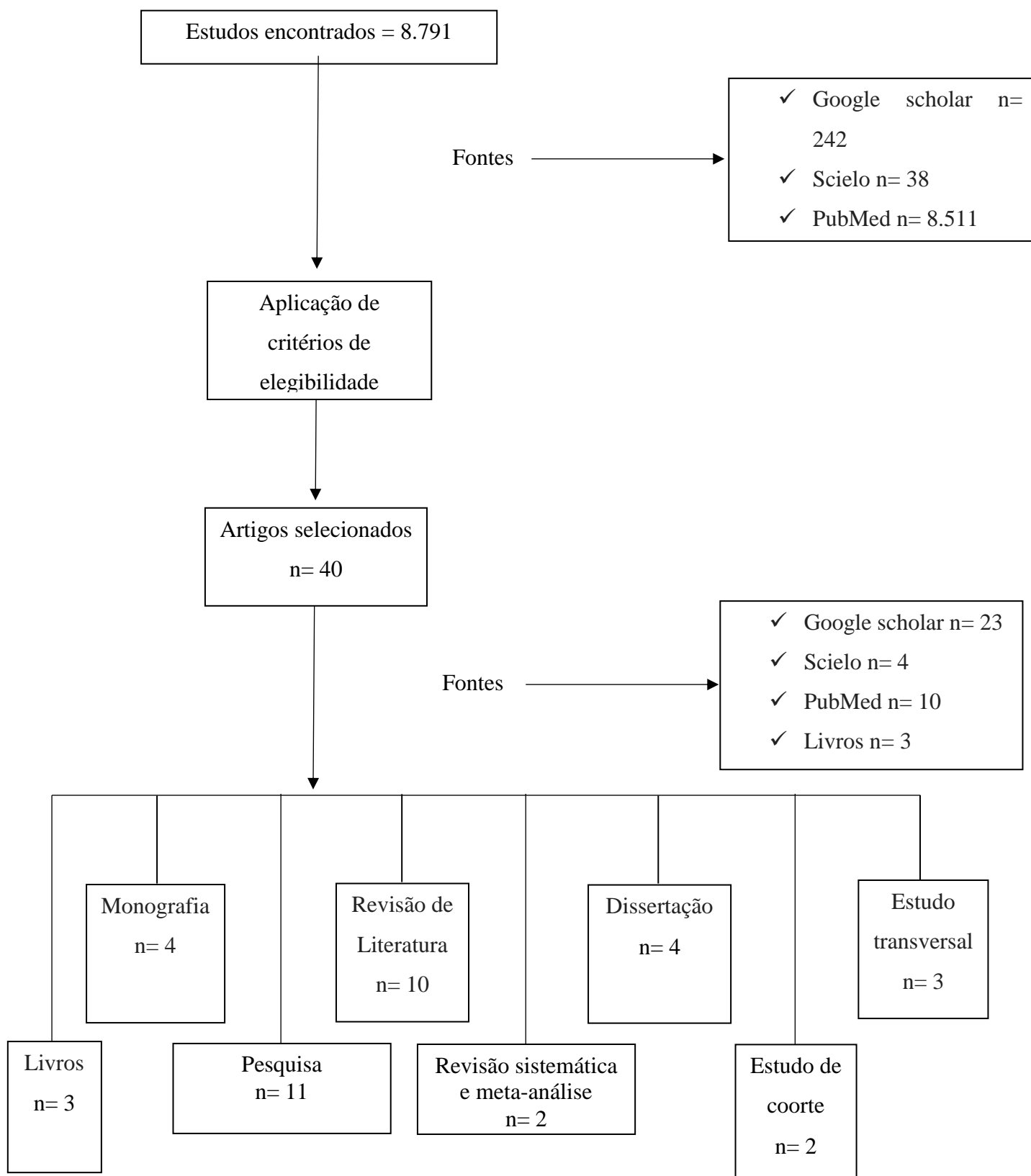


Figura 6. Origem multifatorial da odontofobia.

Fonte: (Walter, 2020).

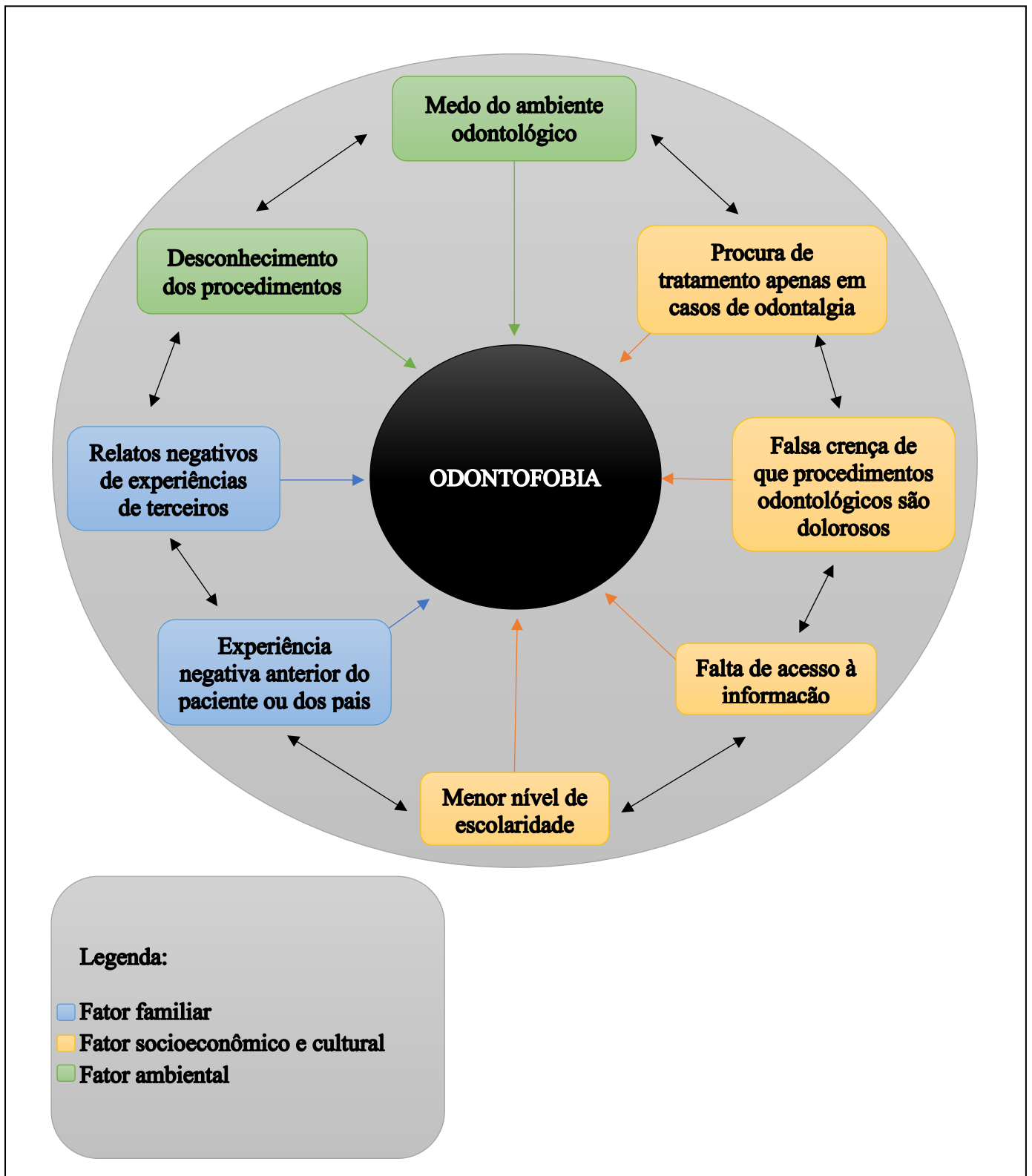


Figura 7. Tipos de fobias específicas que podem desencadear o medo.

Fonte: (Walter, 2020).

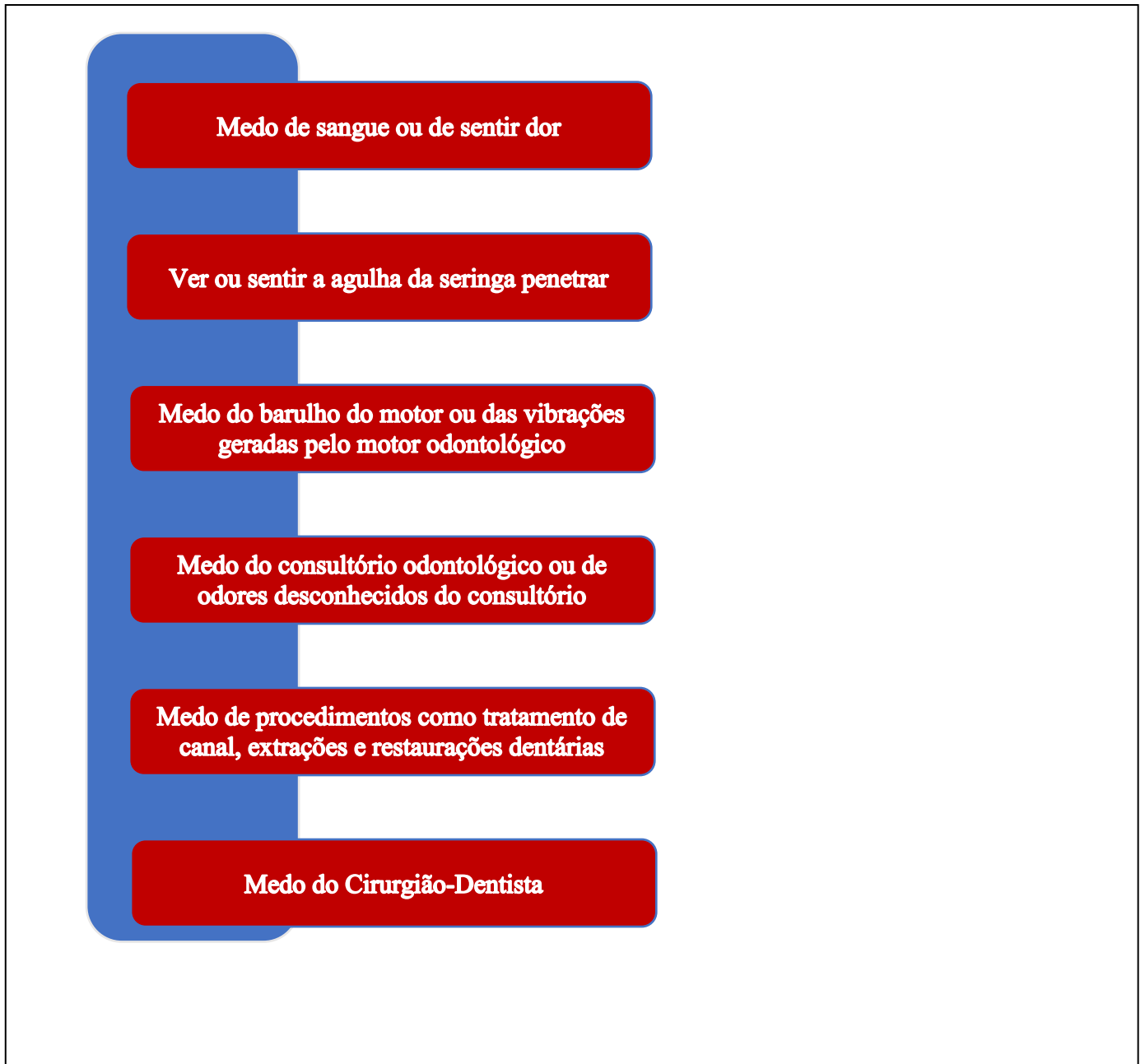


Figura 8. Tratamento multidisciplinar e individualizado da odontofobia.

Fonte: (Walter, 2020).

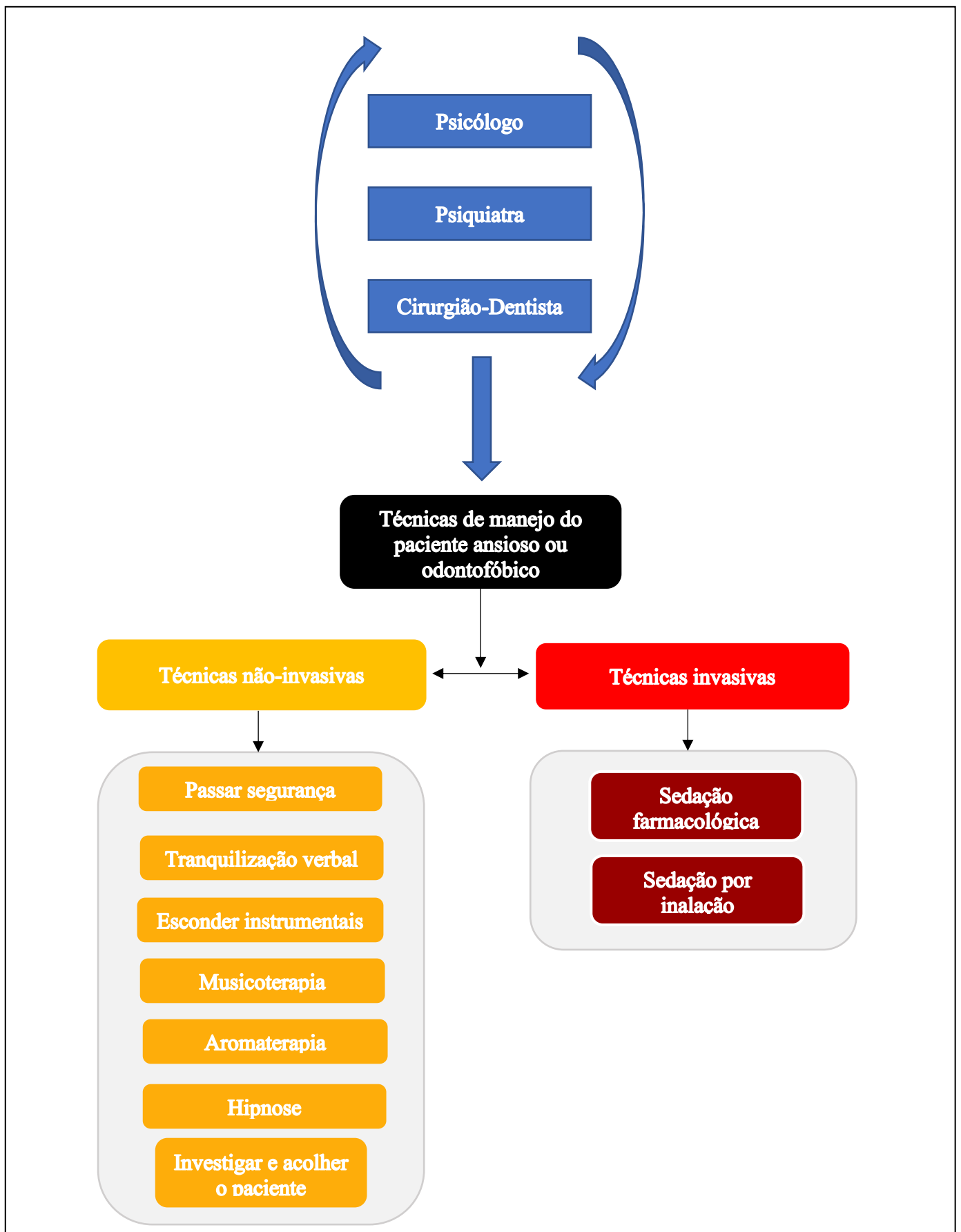


Figura 9. Estudos que sugerem o tratamento invasivo ou o tratamento não-invasivo da odontofobia.

Fonte: (Walter, 2020).

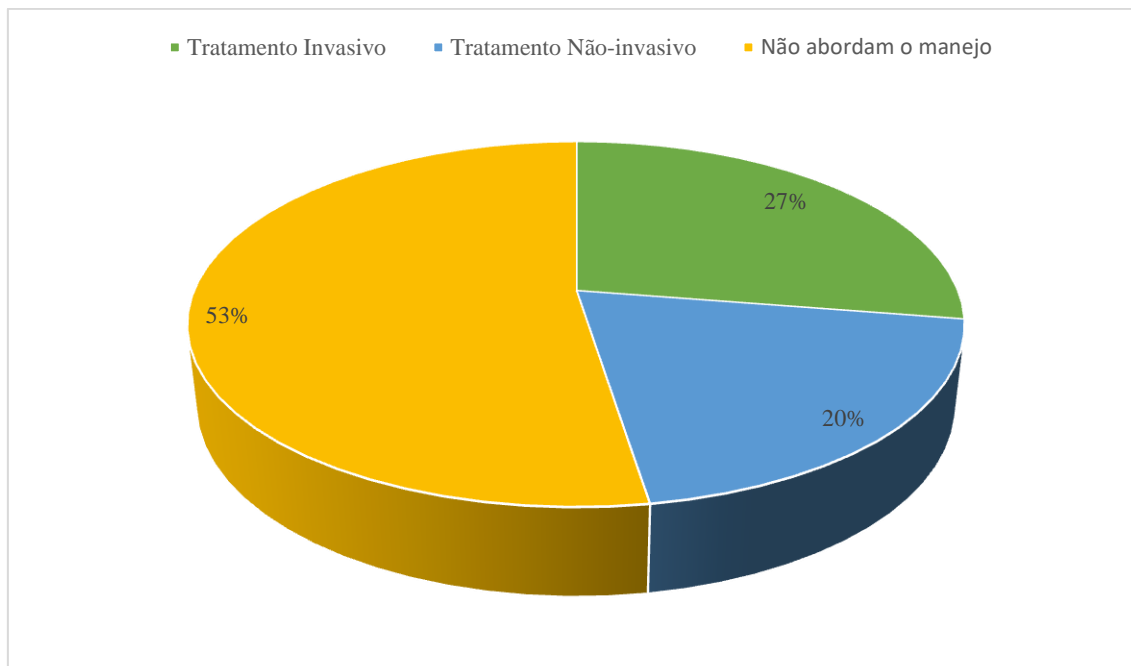


Tabela 1. Principais estudos sobre o manejo do paciente odontofóbico encontrados a partir da busca bibliográfica entre 2010 e 2020.

Número de estudos (13).

Autor / ano / local	Número de participantes do estudo e desenho do estudo	Objetivo	Resultados	Conclusões
APPUKUTTA N, 2016, Índia.	Revisão de Literatura que reuniu uma quantidade de 121 estudos bibliográficos.	Oferecer uma visão geral da etiologia da ansiedade odontológica e estratégias para identificar e gerenciar indivíduos ansiosos ou fóbicos no consultório odontológico.	A ansiedade dentária pode surgir devido a fatores como: experiência anterior negativa ou traumática, especialmente na infância, aprendizagem de familiares ou colegas ansiosos, características individuais de personalidade, como neuroticismo e autoconsciência, falta de compreensão, exposição a retratos assustadores de dentistas na mídia. A ansiedade também pode ser provocada por gatilhos sensoriais, como visões de	O reforço positivo, a acupuntura, a terapia cognitiva, a sedação consciente farmacológica e/ou por inalação e a intervenção psicológica são técnicas de manejo indicadas. É significativo preparar o caminho para melhorar a saúde bucal e bem-estar geral do indivíduo. É dever e responsabilidade do CD ⁵ atender a estes PNE ² O manejo deve ser personalizado a cada indivíduo, de acordo com experiência, conhecimento, grau de ansiedade do dentista, intelecto do paciente, idade, cooperação e situação clínica. O CD ⁵ deve ainda,

<p>ARMFIELD e HEATON, 2013, Austrália.</p>	<p>Revisão de Literatura.</p>	<p>Apresentar técnicas comportamentais e cognitivas para auxiliar na clínica odontológica a fim de auxiliar indivíduos ansiosos a obterem cuidados odontológicos necessários.</p>	<p>agulhas e brocas de turbina a ar, sons de perfuração e gritos, o cheiro de eugenol e dentina cortada e também sensações de vibrações de alta frequência no ambiente odontológico.</p> <p>Demonstrar confiança e controle ao paciente. Reportar, comunicar-se e informar constantemente o paciente do que está sendo realizado. Distrair e realizar reforço positivo aos pacientes temerosos. Indicar a realização de respiração diafragmática ao paciente para relaxamento.</p>	<p>identificar a fonte de medo e ansiedade com uso coadjuvante de escalas de ansiedade e medo e categorizar de leve à grau o nível de fobia. Terapia multidisciplinar é mais eficaz.</p> <p>A abordagem deve ser ampla e abrangente para cada indivíduo. A comunicação, empatia e tratamento cuidadoso são eficazes em pacientes com baixo ou moderado medo. Indivíduos mais temerosos requerem mais tempo e alguns pacientes podem achar a sedação desejável e eficaz à curto prazo. A história do indivíduo deve ser explorada de forma particular e então trabalhar com o paciente para gerenciar seus medos.</p>
<p>ARMFIELD, 2010, Austrália.</p>	<p>Coleta de dados por questionário em um total de 1.084 adultos australianos.</p>	<p>Interpretar os dados e analisar os estímulos que provocam ansiedade e tipos de experiências aversivas às consultas odontológicas.</p>	<p>A odontofobia dentária foi significativamente associada a preocupações com lesões por injeção. O custo do tratamento odontológico foi endossado como a situação</p>	<p>Medo e fobia dentária elevados são comuns na Austrália, embora as estimativas da prevalência sejam altamente dependentes da escala e dos pontos de corte utilizados no estudo.</p>

<p>BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014, Reino Unido.</p>	<p>Revisão de Literatura. Reuniu 54 estudos bibliográficos.</p>	<p>Explorar a literatura revisada para responder à pergunta: 'Por que as pessoas têm medo do dentista?'</p>	<p>odontológica mais geradora de ansiedade (64,5%), seguido pelo medo de agulhas / injeções (46,0%) e procedimentos dolorosos ou desconfortáveis (42,9%).</p> <p>A fobia dental está relacionada a fatores exógenos, como aprendizado direto de experiências traumáticas, aprendizado por outras pessoas significativas e da mídia e fatores endógenos, como herança e traços de personalidade.</p>	<p>As evidências sugerem que a etiologia do medo, ansiedade ou odontofobia é complexa e multifatorial. Os resultados mostram que há implicações práticas claras indicadas pelas pesquisas existentes nesta área: uma melhor compreensão do medo, ansiedade e fobia dentais pode prevenir a evitação do tratamento</p>
<p>CALTABIAN O <i>et al.</i>, 2018, Austrália.</p>	<p>Pesquisa incluindo 102 pacientes, sendo 56 homens e 43 mulheres.</p>	<p>Examinar a prevalência de ansiedade dental antes e após o tratamento em uma amostra de pacientes que procuram tratamento em uma clínica odontológica universitária.</p>	<p>As mulheres relataram escores totais de MDAS mais elevados em comparação com os homens. Pacientes mais jovens apresentaram maior ansiedade odontológica do que pacientes mais velhos. Houve uma redução na ansiedade odontológica</p>	<p>A ansiedade antes do tratamento dos pacientes foi maior do que a experiência de ansiedade após ter realizado o tratamento. A habilidade clínica pode diminuir a ansiedade odontológica em pacientes. O aumento da ansiedade está associado ao tempo de duração das consultas realizadas pelos estudantes, que pode ser reduzido.</p>

<p>CARVALHO <i>et al.</i>, 2012, Pernambuco.</p>	<p>3000 pacientes. Estudo transversal.</p>	<p>Explicar os fatores predictores para ocorrência da ansiedade frente ao atendimento odontológico em brasileiros.</p>	<p>maior no pré-tratamento ao pós-tratamento na medida de ansiedade, embora a maioria dos tratamentos realizado pelos pacientes era para procedimentos menos complexos.</p> <p>2 em cada 8 brasileiros avaliados apresentaram moderada ou severa ansiedade frente ao atendimento odontológico. A amostra extraída apresenta ansiedade mais elevada em mulheres, da faixa etária superior a 20 anos, se não possuir acesso à internet e/ou jornais, se tiver baixa frequência de higiene oral, se a visita dental for motivada por busca de tratamento curativo, por dor ou outro problema.</p>	<p>O medo e a ansiedade existem de fato nos brasileiros, mostrando valores superiores à média mundial.</p>
--	--	--	--	--

DE STEFANO, 2019, Itália.	Revisão de Literatura que reuniu uma quantidade de 27 estudos bibliográficos.	Revisar a literatura a respeito dos cuidados relacionados aos fatores psicológicos do paciente odontofóbico.	Dentre a técnicas de manejo, estão relaxar e distrair o paciente, como meios não-invasivos e; a farmacológica via oral, a sedação consciente inalatória e a hipnose clínica.	Os CD's devem enviar os pacientes odontofóbicos ou com medo moderado ao psicólogo o mais breve possível. Pois com o psicólogo o paciente aos poucos mudará suas crenças e será mais útil do que realizar técnicas sedativas. Assim, o paciente poderá se submeter a sessões sem medo, recuperar a saúde, o sorriso e a autoconfiança.
DOGANER <i>et al.</i> , 2017, Turquia.	607 pacientes. Estudo de coorte.	Avaliar possíveis associações entre a ansiedade, o medo dental e os preditores dessas interações. Incluindo características demográficas e história dental dos pacientes.	Das pessoas que se inscrevem para atendimento odontológico e tratamento, 28,8% (n = 145) tiveram alguma experiência odontológica negativa anterior. Foi revelado que 48,4% (n = 294) dos pacientes obtiveram conhecimento sobre saúde bucal e atendimento do próprio dentista. Altas pontuações na pesquisa PMDM ¹ mostram o alto nível de medo dental.	Experiências odontológicas desagradáveis aumentaram o risco para a odontofobia. Pacientes com medo, tendiam apenas a visitar um dentista quando necessário, evitando visitas regulares. Os dentistas devem ser informados de que pacientes com traço de ansiedade tendem a ter mais medo de serviços odontológicos e com probabilidade de evitar consultas preventivas. Além disso, após um paciente ansioso ter uma experiência desagradável, esforços especiais de divulgação podem ser

indicados para estimular serviços preventivos.

DOU <i>et al.</i> , 2018, China.	Estudo transversal baseado em um questionário com 130 pacientes.	Avaliar a prevalência de ansiedade odontológica e sua associação com dor e outras variáveis em pacientes adultos com pulpite irreversível	83,1% dos participantes sofriam de ansiedade dentária moderada ou alta, e 16,2% preencheram os critérios para fobia. Indivíduos com escores de PMDM ¹ mais altos eram mais propensos a adiar suas visitas ao dentista; Pacientes com experiências negativas estavam mais ansiosos. Dor recente ao visitar o CD ⁵ foi um fator importante relacionado com a ansiedade entre os participantes. Notavelmente, 36,2% dos participantes apresentaram ansiedade moderada ou grave durante a visita atual para tratamento endodôntico com base no julgamento do	Uma alta porcentagem de pessoas com pulpite irreversível sofre de ansiedade odontológica. A última visita ao CD ⁵ e durante o tratamento endodôntico têm associação fortemente positiva com o nível de ansiedade odontológica. O controle eficaz da dor em endodontia é benéfico para o controle da ansiedade.
-------------------------------------	--	---	--	---

dentista.

JEDDY; NITHYA; RADHIKA; JEDDY, 2018, Índia.	Estudo transversal baseado em um questionário com 300 pacientes.	Estimar a prevalência, extensão e fatores que influenciam a ansiedade odontológica em uma amostra da população adulta que visita um hospital odontológico privado em Chennai, Índia.	Revelou que a ansiedade dental tem ampla prevalência, abrangendo ambos os sexos. Procedimentos que envolvem dor e extração foram citados como procedimentos que causam ansiedade.	Esta pesquisa revelou que a idade, sexo, nível de escolaridade e procedimento, juntamente com a frequência das visitas ao CD ³ têm um efeito direto no estado de espírito e na ansiedade do paciente.
KING e HUMPHRIS, 2010, Reino Unido.	Estudo de coorte utilizando pesquisa online com 1.108 alunos na Universidade de St. Andrews, UK.	Determinar que o valor de corte de 19 para o PMDM ¹ está confirmado para auxiliar na identificação de fobia dentária.	O ponto de corte de 19 deu os maiores valores conjuntos de sensibilidade (87,5%) e especificidade (89,3%).	O valor de corte de 19 é confirmado como o mais apropriado para identificar indivíduos com fobia dentária.
LIN; WU; YI, 2017, Taiwan.	Revisão Sistemática e Meta-Análise.	Investigar questões reunindo pesquisas individuais e testar hipóteses. Dentre as questões: a ansiedade dental é insensível ao estresse relacionado ao tratamento odontológico?	Sugerem que a AD ³ do paciente tem um impacto significativo no EA ⁴ do paciente. Metaregressões revelaram AD ³ explicou a variação na dor esperada, dor durante o tratamento e dor pós-tratamento.	A ansiedade deve ser avaliada como uma etapa crítica, não apenas no manejo da ansiedade para pacientes com AD ³ elevada, mas também no controle da dor para todos os pacientes odontológicos.

PITULAJ *et al.*, 2020, Polônia. Coleta de dados por questionário em um total de 162 adultos. Validar e apresentar as propriedades psicométricas da Escala de Corah para o polonês. As correlações entre o escore da Escala de Ansiedade de Corah, o escore do traço de ansiedade e a escala de neuroticismo foram moderadas, como esperado. O percentual de respondedores com odontofobia e ansiedade odontológica intensa foi quase semelhante aos resultados de outros estudos. As características psicométricas da adaptação polonesa da EAC⁶ são semelhantes às relatadas na versão original. Os resultados nos permitem recomendar o método para pesquisas científicas e triagem de pacientes. No entanto, análises adicionais são necessárias para avaliar se os escores indicativos de odontofobia e ansiedade odontológica são semelhantes na Polônia e nos EUA⁷.

¹Pesquisa do Medo Dental Modificada; ²Pacientes com Necessidades Especiais; ³Ansiedade dental; ⁴Estado de Ansiedade; ⁵Cirurgião-Dentista; ⁶Escala de Ansiedade de Corah; ⁷Estados Unidos da América

