



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

GUILHERME BORSATO GOMES

**AVALIAÇÃO E MANEJO DA ANSIEDADE E FOBIA
ODONTOLÓGICA: A PSICOLOGIA NA FORMAÇÃO DO
CIRURGIÃO-DENTISTA
REVISÃO DE LITERATURA**

GUILHERME BORSATO GOMES

**AVALIAÇÃO E MANEJO DA ANSIEDADE E FOBIA
ODONTOLÓGICA: A PSICOLOGIA NA FORMAÇÃO DO
CIRURGIÃO-DENTISTA
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Odontologia da Universidade Estadual de
Londrina, como requisito parcial à obtenção
do título de Cirurgião-Dentista.

Orientadora: Profa. Dra. Cecília Luiz Pereira
Stabile.

Londrina
2021

GUILHERME BORSATO GOMES

**AVALIAÇÃO E MANEJO DA ANSIEDADE E FOBIA ODONTOLÓGICA:
A PSICOLOGIA NA FORMAÇÃO DO CIRURGIÃO-DENTISTA
REVISÃO DE LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de Cirurgião-Dentista.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Cecília Luiz Pereira
Stabile.

Universidade Estadual de Londrina

Profa. Dra. Adriana de Oliveira Silva
Universidade Estadual de Londrina

Londrina, ____ de abril de 2021.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que despertou em mim o sonho de cursar Odontologia e que me capacitou para que este sonho se realizasse.

À minha família, principalmente aos meus pais, que sempre apoiaram minhas escolhas e decisões. Eles são minha força e motivação para eu sempre buscar o melhor em mim. Obrigado por serem minha base e amparo para seguir.

À minha dupla de clínica, Bárbara Oliveira da Rocha, que se tornou uma grande e verdadeira amiga. Agradeço-a por ter compartilhado comigo todas as etapas desses anos de faculdade.

E à minha querida orientadora professora Cecília, pela dedicação, conselhos, paciência e sabedoria ao me orientar e dar sempre o melhor de si para que esse trabalho fosse possível. Serei sempre grato por todos seus ensinamentos e por ter confiado em mim, foi um prazer enorme tê-la como orientadora e você é com certeza a melhor “bucomãexilo”.

Agradeço também à coorientação da professora Vanessa Santiago Ximenes do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, por seu auxílio desde o início com seus conhecimentos e experiência. Este trabalho não seria possível sem a sua dedicação, paciência e confiança.

Finalmente, agradeço à Universidade Estadual de Londrina, da qual levo experiências únicas e de extrema importância para a minha vida profissional daqui em diante. Sinto um verdadeiro orgulho em dizer que fiz parte da melhor universidade estadual do Paraná e uma das melhores do Brasil.

“Não considere nenhuma prática como imutável. Mude e esteja pronto a mudar novamente. Não aceite verdade eterna. Experimente.”

(B.F. Skinner, 1969)

GOMES, Guilherme Borsato. **Avaliação e manejo da ansiedade e fobia odontológica**: a psicologia na formação do cirurgião-dentista. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2021.

RESUMO

O medo e a ansiedade odontológica surgem por diversos fatores, entre eles, a exposição à experiências traumáticas anteriores com envolvimento de agulhas, injeções e instrumentos que possam causar incômodo. Os pacientes ansiosos tendem a adiar consultas, evitam os tratamentos odontológicos e só se dispõem às visitas ao Dentista quando aparecem sintomas dolorosos, logo o tratamento tardio tende a ser mais invasivo causando ainda mais prejuízo emocional ao paciente, conseqüente agravo a tal sentimento e, por sua vez, originar um ciclo vicioso no qual evitar o tratamento agrava ainda mais a condição de saúde bucal. Cabe aos profissionais da Odontologia identificar a ansiedade nos pacientes e fazer uso de recursos de manejo dessa ansiedade de modo a possibilitar um tratamento odontológico eficaz e com menor prejuízo emocional ao paciente. Com este estudo pretende-se avaliar por meio de uma revisão integrativa de literatura, a importância do estudo da Psicologia pelo profissional da Odontologia e expor algumas técnicas de enfrentamento da ansiedade odontológica, com base em evidências científicas.

Palavras-chave: Odontologia. Psicologia. Assistência Odontológica. Ansiedade. Manobra Psicológica.

GOMES, Guilherme Borsato. **Evaluation and management of dental anxiety and phobia: the psychology in the formation of the dentist.** 2021. Completion of Course Work (Undergraduate in Dentistry) – State University of Londrina, Londrina. 2021.

ABSTRACT

Dental fear and anxiety arise from several factors, among them, exposure to previous traumatic experiences with needles, injections and instruments that can cause discomfort. Anxious patients tend to reschedule appointments, avoid treatments and are only available for visits at the dentist when painful symptoms appear, so delayed treatment tends to be more invasive and cause even more emotional damage to the patient, consequently aggravate this feeling and, in turn, create a vicious cycle in which avoiding treatment only makes the oral health condition even worse. It is up to professionals of Dentistry to identify anxiety in patients and make use of resources to manage this anxiety in order to enable an effective dental treatment with less emotional damage to the patient. The aim of this study is to evaluate, by means of a integrative literature review, the importance of the study of Psychology by the dental professional and to expose the techniques for coping with dental anxiety, based on scientific evidences.

Keywords: Dentistry. Psychology. Dental care. Anxiety. Handling, Psychological.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1..... 14
Quadro 2..... 21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	MATERIAIS E MÉTODOS	12
3	RESULTADOS	13
4	DISCUSSÃO	15
4.1	Conceitos e prevalência de ansiedade, medo e fobia em contexto odontológico	15
4.2	A Psicologia na formação do cirurgião-dentista no Brasil.....	18
4.3	Métodos de avaliação da ansiedade em contexto odontológico	20
4.4	Técnicas de enfrentamento da ansiedade, medo e fobia	22
4.4.1	Práticas de manejo da ansiedade para níveis identificados	22
4.4.1.1	Falar-Mostrar-Fazer	23
4.4.1.2	Distração.....	24
4.4.1.3	Reforço Positivo	25
4.4.1.4	Respiração com Foco no Relaxamento.....	26
4.4.1.5	Reestruturação Cognitiva	27
4.4.1.6	Dessensibilização Sistemática.....	28
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

1 INTRODUÇÃO

A ansiedade diante do atendimento e tratamento odontológico interfere diretamente com os cuidados em saúde bucal (SEGER, 2002). Diante de um quadro de ansiedade, diminuem as chances do paciente tanto ir às consultas quanto colaborar com o dentista, fatos que dificultam o trabalho do profissional da Odontologia, além de trazer prejuízos para a saúde bucal e integral do paciente.

Em linhas gerais, a ansiedade é caracterizada por um sentimento de temor e apreensão, levando a uma tensão e medo derivados da antecipação de perigo ou algo desconhecido. Já o medo passa a ser caracterizado como transtorno psicológico quando é expressado pelo paciente de forma desproporcional ao estímulo, ou estimativamente diversos do que é considerado normal, e interfere na realização de tarefas rotineiras, pois o paciente tende a fugir ou se esquivar não apenas do que lhe faz sentir medo, mas também de estímulos que se assemelham funcionalmente àquele gerador de sofrimento, impactando sua saúde emocional e qualidade de vida (CASTILLO et al., 2000).

Como os indivíduos com transtornos de ansiedade em geral superestimam o perigo nas situações que temem ou evitam, a determinação primária do quanto o medo ou a ansiedade são excessivos ou fora de proporção é feita pelo clínico, levando em conta fatores contextuais culturais. Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014).

Transtornos fóbicos específicos consistem em medos persistentes, irracionais e intensos de situações, circunstâncias ou objetos específicos. Uma fobia específica consiste em medo e ansiedade diante de uma situação ou um objeto em particular. A situação ou o objeto é geralmente evitado quando possível; mas, caso a exposição ocorra, a ansiedade tende a desenvolver em sequência (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al., 2014). Possíveis origens da ansiedade relacionada ao atendimento odontológico encontram-se em práticas culturais, crenças e ensinamentos advindos da própria sociedade, de tal forma é-nos ensinado que a felicidade é algo cotidiano e almejado, enquanto o medo, a dor e a tristeza devem ser evitados, como se tais sentimentos e acontecimentos não fizessem parte da história e vivência como seres humanos e por isso devessem ser reprimidos ou eliminados. Partindo do

princípio que os estímulos (como objetos ou situações) não tem um valor em si, ou seja, não são reforçadores ou aversivos em si mesmos, e sim, adquirem tais funções ao longo da história de vida do indivíduo, deve-se também considerar tal história, como forma de entender como determinados estímulos (como um jaleco branco, por exemplo) pode ter adquirido um significado aversivo para determinada pessoa (MAYER, 2019).

Na Odontologia, a ansiedade pode ser desencadeada por diversos fatores, sendo esses, mais comumente, relacionados a experiências traumáticas anteriores e submissão à intervenções que envolvem agulhas, injeções e instrumentos que possam causar desconforto momentâneo. De modo geral, o medo e a ansiedade ao dentista parecem ser multifacetados, de modo que o indivíduo não apenas evita a ida às consultas, mas também tende a ter saúde bucal deficiente, visto que, evitando a situação ansiogênica, o paciente se submete a um descuido maior a respeito de sua responsabilidade com os cuidados bucais, levando a necessidade de procedimentos mais invasivos – consequentemente mais estressantes – quando finalmente procura o cirurgião-dentista (CD).

Embora a literatura que aborda questões psicológicas em pacientes adultos, vinculadas ao medo de dentista, seja escassa no Brasil, compreender os aspectos psicológicos que interferem no tratamento dentário é essencial na prevenção e tratamento da ansiedade, medo e fobias do atendimento odontológico (CARTER, 2014).

Sendo assim, este estudo almeja (a) identificar variáveis relacionadas a aversão relacionada ao cenário de tratamento odontológico, e (b) analisar técnicas e recursos de enfrentamento de ansiedade, medo e fobia no contexto odontológico descritas na literatura. Para tanto, este estudo utiliza-se de artigos que apresentam o tema “Psicologia aplicada à Odontologia”, além de textos recentes que embasam a evidenciação da importância de pesquisas e mais estudos acerca dos aspectos psicológicos do paciente, sendo isso de interesse do CD e também estudantes em formação na Odontologia.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado por meio de uma revisão integrativa da literatura que objetivou analisar a ansiedade e o medo odontológico em pacientes adultos. A coleta de bibliografia foi realizada a partir da busca de informações online na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS – bvsalud.org), nas bases de dados LILACS e Google Scholar, sendo que dois avaliadores independentes analisaram criteriosamente os resumos dos materiais para selecionar o objetivo do presente estudo.

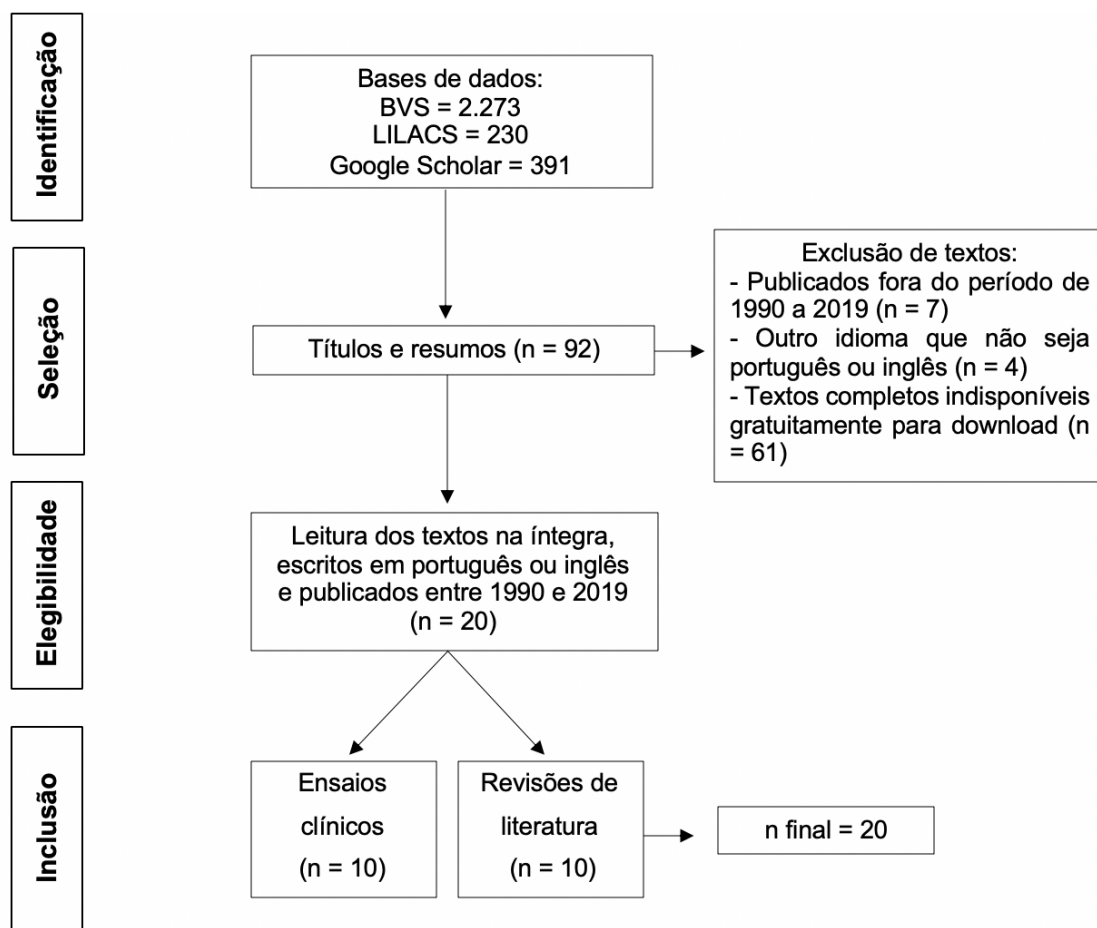
Primeiramente, foram pesquisadas publicações que continham no título ou no resumo o descritor “Ansiedade Odontológica”. Na sequência, a busca foi refinada para (a) artigos, teses e dissertações com texto completo disponível gratuitamente para download, (b) nos idiomas português e inglês, (c) contendo no assunto principal o tema “Ansiedade em Contexto Odontológico”, (d) entre os anos de 1990 a 2019; (e) artigos, teses e dissertações que descreveram pesquisas com adultos ou estudos de revisão de literatura. Os critérios de exclusão foram: artigos, teses e dissertações que não contemplavam em seu título ou resumo os descritores apontados, textos incompletos e/ou indisponíveis para download e pesquisas realizadas com crianças e adolescentes. A partir dos critérios de inclusão e exclusão, os artigos selecionados passaram por uma revisão por dois juízes independentes, formalizando então o material de análise do presente estudo. Em seguida realizou-se a descrição dos dados do escopo selecionado e a determinação de pontos específicos para a discussão.

O segundo ponto avaliado foi a presença da Psicologia na formação acadêmica do CD no Brasil. A obtenção de dados que declaram a presença ou não de matérias que contemplam conteúdos da Psicologia nas universidades, foi realizada por meio das plataformas digitais das Instituições, nas quais foram coletadas as informações das matrizes curriculares de cada Universidade Pública Brasileira que fornece o curso de Odontologia, e em seguida foi realizada a descrição dos dados obtidos.

3 RESULTADOS

Foram identificados 19 artigos e 1 dissertação (Figura 1), que preencheram os critérios de inclusão estabelecidos. Na sequência serão descritos os seguintes tópicos referentes ao escopo do presente estudo: conceitos e prevalência de ansiedade, medo e fobia no contexto odontológico, a Psicologia na formação do CD no Brasil, métodos de avaliação da ansiedade em contexto odontológico e técnicas de enfrentamento da ansiedade, medo e fobia (Quadro 1). As técnicas de enfrentamento da ansiedade foram complementadas com materiais específicos da Psicologia.

Figura 1 – Diagrama de fluxo da seleção dos estudos



Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 1 – Principais informações de cada material selecionado

Estudo	Principais achados
Ackley	A respiração lenta mostra-se eficaz na redução da frequência cardíaca de pacientes que se queixam de ansiedade
Armfield et al.	O gerenciamento bem-sucedido requer um maior nível de instrução do profissional
Bernson et al.	A comunicação paciente-dentista é essencial para que tratamento prossiga sem problemas
Carter et al.	Devido à abstenção às consultas o paciente se submete a um descuido maior com os cuidados bucais, levando-o a necessitar de procedimentos mais invasivos
Carvalho et al.	Falta de recursos econômicos, o descaso com a saúde bucal, o gênero e a idade podem aumentar o grau de ansiedade
Dailey et al.	O manejo da ansiedade deve ser individualizado a cada paciente, abordando suas necessidades e características pessoais
Hakeberg et at.	A aplicação de métodos não farmacológicos para manejo da ansiedade odontológica mostraram-se duradouros
Kim et al.	Pacientes tratados com música relataram menos ansiedade durante a cirurgia
Klassen et al.	Música é eficaz na redução da ansiedade e dor em crianças submetidas a procedimentos odontológicos
Klingberg et al.	A prevalência de ansiedade por fatores odontológicos foi estimada em 9%, com uma diminuição na prevalência de acordo com a idade
Lopes et al.	O teste psicométrico de ansiedade dentária é valido para sua utilização como forma de diagnóstico e nivelamento da ansiedade do paciente
Mayer et al.	Pacientes que já apresentam ansiedade em contexto odontológico, quanto maior o tempo desde a última consulta, maior será o grau de ansiedade em uma próxima visita
Milgrom et al.	Os medos adquiridos na infância por experiência direta com tratamento doloroso ou indiretamente, podem persistir na idade adulta e prejudicar o tratamento odontológico
Murrer et al.	O estudo da psicologia aplicada à odontologia mostra-se eficaz no manejo da ansiedade odontológica e prevenção do agravamento dos medos
Nathan	A convicção de que o paciente será submetido a algum tipo dor durante o atendimento dificulta a continuidade do tratamento proposto
Pereira et al.	A prevalência de ansiedade não mostrou-se de forma significativa nas variáveis pesquisadas: gênero, idade, renda, nível de instrução, sendo um caractere individual de cada paciente
Peronio et al.	As manifestações relacionadas ao medo de dentista têm como consequência a abstenção às consultas e a piora da condição bucal
Silva	Experiência anterior de trauma em contexto odontológico é um fator determinante sobre o grau de ansiedade do paciente
Skaret et at.	A ansiedade dental é uma das principais razões para a alta frequência de consultas perdidas
Ulhoa et al.	A formação do CD deve ser complementada com estudos da psicologia como forma de auxiliar o profissional a lidar de forma mais efetiva com os aspectos psicossociais dos pacientes

Fonte: Elaborado pelo autor

Com base no material selecionado sobre as matrizes curriculares das Universidades Públicas no Brasil, observou-se que das 53 universidades com o curso de graduação em Odontologia, 44 delas apresentam em seu projeto pedagógico alguma disciplina de Psicologia. A título de ilustração, na Universidade Federal de Juiz de Fora há a disciplina Psicologia Aplicada à Odontologia, a qual busca assegurar aos acadêmicos oportunidades de: adquirir conhecimentos sobre a Psicologia Humana e os diversos tipos de comportamentos, individualizando cada paciente; aprender a lidar com pacientes nas diversas áreas da Odontologia, correspondendo aos seus anseios e motivando-os como unidades biopsicossociais; conhecer as formas de condicionar e modelar o comportamento dos pacientes. Entretanto, observa-se que essas disciplinas, em sua maior parcela, são de oferta semestral nas grades curriculares, estão dissolvidas em outras disciplinas, apresentam carga horária insuficiente (média de 30 horas) e, conseqüentemente, tendem a não aprofundar os conhecimentos da Psicologia dado o pouco tempo disponibilizado para a inserção da Psicologia nas grades curriculares.

4 DISCUSSÃO

4.1 Conceitos e prevalência de ansiedade, medo e fobia no contexto odontológico

Klingberg e Broberg (2007), investigaram a literatura publicada entre 1982 a 2006, e estimaram a prevalência de ansiedade a fatores odontológicos no mundo em 9%. Estudos realizados nos Estados Unidos, Dinamarca e Suécia, demonstraram predominância de ansiedade e fobia ao atendimento odontológico em 10%, 10,2% e 6,7% da população, respectivamente. Nos países em desenvolvimento há pouca pesquisa e investigações científicas sobre o assunto, ao passo que, no Brasil, a literatura em questão, tomando como base pacientes adultos e jovens adultos, apresenta-se escassa (9 estudos encontrados) (MURRER; FRANCISCO, 2015).

Embora os estudos sobre controle da dor tenham evoluído em todo o mundo, Skaret et al. (1998) refere que o medo extremo e irracional frente ao

tratamento odontológico ocorre entre 5 e 10% da população adulta, a qual, por sua vez, tende a evitar parcial ou completamente o tratamento, por aversão à potencial sensação dolorosa, tendo como consequência uma saúde oral e qualidade de vida deficientes.

A expressão “medo”, na literatura, encontra-se definida em uma diversidade de conjuntos e proposições. Portanto, tomando como base resoluções do estudo da Psicologia, pode-se considerar “medo” como um evento amplo, exposto em inúmeros contextos culturais e que se mostra presente em todas as camadas sociais; é uma das emoções humanas que tem como papel fundamental nos alertar sobre o perigo (MURRER; FRANCISCO, 2015).

O indivíduo tende a evitar perigos e ameaças em potencial, pois estes podem comprometer sua integridade e bem-estar (BARLOW, 2004). Portanto, o pode ser considerado uma reação de sobrevivência e preservação através de respostas de luta ou fuga de estímulos aversivos que podem colocar em risco a integridade do indivíduo (BARLOW, 2004).

A expressão do medo pode apresentar-se no corpo do paciente por meio do aumento significativo da frequência cardíaca e respiratória, sensação de sufocamento, boca seca, sudorese e tremores (MURRER; FRANCISCO, 2015). Por conseguinte, pode ocorrer também maior liberação de secreção gástrica e aumento da motilidade do trato gastrointestinal, levando a uma sensação de mal-estar físico intenso. Além disso, o medo é caracterizado também por uma diminuição do limiar de percepção da dor, proporcionando um aumento da secreção de adrenalina, e conseqüentemente, ativação dos nociceptores, implicando em maior sensibilidade aos estímulos físicos. Tais reações fisiológicas são ainda mais evidentes em pacientes sistemicamente comprometidos (pacientes hipertensos, cardiopatas, com doenças respiratórias) (PEREIRA et al., 2013).

Murrer e Francisco (2015) considerando o ponto de vista psicológico do paciente, descrevem que a manifestação do medo no indivíduo leva a diversas conseqüências, as quais também devem ser consideradas pelo CD no atendimento odontológico. Ao sentir-se com medo, o paciente tende a apresentar menor tolerância à frustração, menor chance de emitir comportamentos da classe das habilidades sociais, dificuldade de concentração (principalmente na tentativa do odontólogo de explicar e orientar sobre os

procedimentos a serem realizados), e maior chance de sentir angústia, apreensão, insegurança, mal-estar indefinido e até mesmo, em alguns casos, apresentar crises de choro. Na iminência de um possível episódio aversivo, o paciente tende a evitar ambientes de estimulação e lutar contra esse movimento na busca de sua preservação, sendo por exemplo, mais ríspido com o dentista (EKMAN et al., 1994).

Segundo Nathan (2001) um dos principais fundamentos que parece interferir no comportamento de grande parte dos pacientes que buscam por um atendimento odontológico é a convicção de que serão submetidos a algum tipo de incômodo ou sensação dolorosa durante o atendimento. Essa crença ou regra, usualmente, inicia-se na infância ou na adolescência e é resultante de experiências dolorosas passadas, desconhecimento dos procedimentos a serem realizados, impossibilidade de ver o que o cirurgião executa durante o procedimento, o contato com o ambiente do consultório (cadeira odontológica, instrumentais, motores de alta e baixa rotação), o acesso à informações negativas e depreciativas transmitidas por outras pessoas, sendo esses alguns fatores que podem levar o paciente à esquiva das consultas e conseqüentemente, no futuro, ir de encontro à intervenções invasivas, causando ainda mais medo, exacerbando tal sentimento e dando origem a um ciclo vicioso no qual fugir do tratamento só agrava ainda mais a condição bucal (SKARET et al., 1999).

Deste modo, considerando o impacto da ansiedade odontológica e a importância dos conhecimentos técnicos e teóricos, provenientes da Psicologia, é necessário avaliar qual foi a base curricular preconizada na formação do CD no Brasil até a seu encaminhamento para o mercado de trabalho e discutir a importância que tal base influencia nos conhecimentos do profissional quanto ao atendimento do paciente com ansiedade odontológica.

4.2 A Psicologia na formação do cirurgião-dentista no Brasil

A Psicologia aplicada à Odontologia pode ser caracterizada como um conjunto de conhecimentos técnicos e teóricos decorrente da prática da Psicologia clínica, aplicando atividades de avaliação, controle e modificação de comportamentos de indivíduos que fazem um tratamento odontológico ou envolvidos em cenários de cuidados em saúde bucal (MORAES et al., 2006).

O objetivo desta relação interprofissional entre a Odontologia e a Psicologia é abordar aspectos psicossociais presentes nos métodos de avaliação, tratamento e reabilitação em Odontologia, buscando propiciar e sustentar a saúde geral do indivíduo, bem como prevenir e colaborar eficientemente em situações de tratamento de patologias bucais. Por referir-se a uma área interdisciplinar, são necessárias a colaboração mútua e a incorporação de conhecimentos da Odontologia, Psicologia e das demais ciências da saúde (MORAES; PESSOTTI, 1985).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde bucal é mais que dentes saudáveis; é a integração da saúde geral e essencial para o bem estar da população (CARTER, 2014). Saúde bucal adequada implica em um indivíduo livre de dor crônica do complexo orofacial, lesões dos tecidos moles bucais e peribucais, de defeitos congênitos e de outras patologias que afetam os tecidos bucais, dentais e orofaciais. Assim sendo, é necessário conhecer as principais alterações bucais que acometem o paciente, bem como os aspectos psicossociais que influenciam na qualidade de vida deste indivíduo, visto que o paciente deve ser considerado e tratado como um ser biopsicossocial.

A ansiedade, medo e fobia podem ser dificuldades enfrentadas pelo paciente durante a busca por um tratamento odontológico, fato que pode gerar atrasos na continuidade da intervenção, visto que pacientes que se sentem ansiosos tendem a desmarcar consultas, não colaborar com a realização de procedimentos e adiar a visita periódica ao CD (SILVA, 2012). Em 2015, Murrer e Francisco constataram, realizaram um questionário autoaplicável sobre diagnóstico e tratamento da ansiedade odontológica a 967 dentistas e constataram que 35% deles não aplicam qualquer tipo de avaliação de ansiedade dos pacientes. Os autores afirmaram ainda que os dentistas que fazem avaliação da ansiedade do paciente não usam critérios científicos

definidos para mensurar a ansiedade, sendo que essa avaliação é pautada numa conversa informal e pouco estruturada entre paciente e CD. Aproximadamente 32% dos profissionais participantes relataram utilizar um protocolo específico para a abordagem do paciente ansioso, sendo os mais utilizados: a conversa informal (38%), a prescrição farmacológica (23%) ou algum tipo de condicionamento do paciente (17%); apenas 17% dos profissionais participantes na pesquisa utilizam de alguma outra abordagem como encaminhamento para Psicólogo ou Médico. Esse achado demonstra uma possível defasagem na aplicação, pelos Cirurgiões-dentistas, dos indícios científicos da área da Psicologia disponíveis sobre a eficácia de diversas formas de avaliação e tratamento da ansiedade.

A formação profissional do CD generalista no Brasil situa-se, ainda, muito focada apenas na aquisição de habilidades técnicas e de refinamento, assim como o desenvolvimento e sofisticação dos procedimentos técnicos. Há pouco investimento na formação profissional dos cirurgiões-dentistas acerca da identificação e manejo de pacientes com medo do tratamento odontológico, tendo em vista que as Escolas de Odontologia, na maioria das vezes, não contemplam, em seus projetos pedagógicos, uma formação multiprofissional ativa, incluindo principalmente a ciência da Psicologia, nas quais o profissional poderia ser instruído com maior atenção e habilitado para o reconhecimento e correta abordagem do paciente emocionalmente comprometido. Além disso, os profissionais já formados deveriam buscar por formação complementar para aprender a lidar com os aspectos psicossociais inerentes e indissociáveis aos pacientes (MURRER; FRANCISCO, 2015; ULHOA et al., 2015).

A repercussão que a ansiedade odontológica pode ter na vida das pessoas é ampla e dinâmica, não só levando à evasão de cuidados com a saúde bucal, mas também efeitos individuais em geral. A Psicologia na formação do CD, como evidenciado, é de suma importância para que o mesmo seja capaz de acolher o paciente com ansiedade odontológica e realizar a correta abordagem, tendo como base evidências científicas e estudos certificados em relação aos métodos mais aplicáveis na prática clínica odontológica (MURRER; FRANCISCO, 2015).

4.3 Métodos de avaliação da ansiedade em contexto odontológico

Dailey, Humphris e Lennon (2002) evidenciaram que quando o CD sabe o grau de ansiedade odontológica do paciente, essa ansiedade pode se reduzir, provavelmente porque o profissional pode adaptar sua forma de atuar, prestando mais atenção às respostas emocionais do paciente e, além disso, o paciente tende a se tranquilizar, pois o dentista demonstrará um manejo mais adequado dentro da especificidade de cada paciente atendido.

Atualmente, existem diversos métodos para mensurar a ansiedade do paciente, sendo possível agrupá-los em seis grupos: subjetivos (ilustração clínica global embasada em uma entrevista informal), sistemáticos (investigam a ansiedade em suas variadas vertentes utilizando questionários), focais (focam em um aspecto específico da ansiedade do paciente), não-objetivas (testes projetivos), semiobjetivas (utilizam questionários em que os sinais e sintomas específicos são apresentados, bem como as instruções para os quantificar) e objetivas (utilizam de medidas variáveis psicofisiológicas, como cardiovasculares, respiratórias, músculo-esqueléticas) (LOPES et al., 2004).

Em um estudo publicado por Carvalho et al. (2012), apresenta-se que, dentre as múltiplas estratégias utilizadas para categorizar e mensurar a ansiedade odontológica, existe uma que é mais aplicável e abordada em estudos sobre este tema, que é a Escala de Corah. Tal escala é conhecida como objeto de avaliação das manifestações da ansiedade odontológica desde a década de 1970, sendo amplamente utilizada e traduzida para vários idiomas, pois permite reconhecer objetivamente o nível de ansiedade por meio da soma das respostas fornecidas pelo paciente através das perguntas de múltipla escolha (Quadro 2).

Segundo a escala de Corah, pacientes cuja soma das respostas foi inferior a 5 pontos são considerados muito pouco ansiosos; pontuações entre 6 e 10, são considerados levemente ansiosos; já pacientes que apresentam pontuações entre 11 e 15 são encarados como pacientes moderadamente ansiosos; e somas superiores a 15 pontos, extremamente ansiosos (CARVALHO et al., 2012).

Quadro 2 – Perguntas de múltipla escolha da escala de Corah para ansiedade odontológica.

I) Se você tivesse que ir ao dentista amanhã, como se sentiria?

1. Tudo bem, não me importaria.
2. Ficaria ligeiramente preocupado.
3. Sentiria um maior desconforto
4. Estaria com medo do que poderá acontecer.
5. Ficaria muito apreensivo, não iria nem dormir direito.

II) Quando se encontra na sala de espera do ambulatório, esperando ser chamado pelo dentista, como se sente?

1. Tranquilo, relaxado.
2. Um pouco desconfortável.
3. Tenso.
4. Ansioso ou com medo.
5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal.

III) Quando você se encontra na cadeira do dentista aguardando que ele inicie os procedimentos de anestesia local, como se sente?

1. Tranquilo, relaxado.
2. Um pouco desconfortável.
3. Tenso.
4. Ansioso ou com medo.
5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal

IV) Você está na cadeira do dentista, já anestesiado. Enquanto aguarda o dentista pegar os instrumentos para iniciar o procedimento, como se sente?

1. Tranquilo, relaxado.
2. Um pouco desconfortável.
3. Tenso.
4. Ansioso ou com medo.
5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal

Fonte: Extraído de Hu et al. (2007, p. 470-471).

4.4 Técnicas de enfrentamento da ansiedade, medo e fobia

O contexto odontológico pode dispor de muitos eventos aversivos, de modo que o medo de dentista constitua uma queixa frequente em grande parte da população mundial. Os indivíduos com medo de estímulos específicos podem identificar prontamente os aspectos que consideram mais aversivos. Embora os mais comuns desses estímulos sejam injeções, sons, visualização dos instrumentais, a peça de mão e a dor associada ao tratamento odontológico, indivíduos com medo podem identificar qualquer procedimento odontológico ou partes do ambiente do consultório como fator desencadeante de seu medo, justificando a necessidade de se buscar maneiras de manejar a ansiedade e promover um atendimento seguro e de qualidade ao paciente (ARMPFIELD, HEATON, 2013).

4.4.1 Práticas de manejo da ansiedade para níveis identificados

Considera-se geralmente que, quando um paciente apresenta apenas ansiedade leve sem outras complicações, ele pode ser ajudado ao se estabelecer um relacionamento de confiança com o profissional e também através da comunicação de informações realistas sobre o tratamento odontológico. O vínculo entre o dentista e o paciente pode ser estabelecido a partir de uma relação de compromisso que se estabelece entre as partes, pautada no cumprimento de acordos feitos (como horários de atendimento), na disponibilidade do profissional em sanar dúvidas, explicitar condutas, não produzir sons e barulhos desnecessários, não deixar instrumentos no campo de visão do paciente e avançar o trabalho à medida que o paciente se sente confortável (HUPP, 2015). Essas estratégias de redução da ansiedade relativamente simples podem proporcionar ao paciente uma sensação de controle e de previsibilidade em relação ao tratamento, favorecendo a cooperação e tornando a ida ao dentista menos custosa emocionalmente. Essas várias abordagens de manejo são discutidas com mais detalhes abaixo.

Com pacientes com níveis mais elevados de aversão ao tratamento odontológico pode-se tomar parte de outras abordagens de controle da ansiedade. Tais indivíduos podem precisar de suporte farmacológico específico

(como óxido nitroso ou sedação oral com benzodiazepínicos), além do uso de estratégias como distração, relaxamento ou desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (ARMPFIELD; HEATON, 2013). Os benzodiazepínicos são os fármacos ansiolíticos e sedativos utilizados com maior frequência na Odontologia e em geral são empregados para sedação pré-operatória logo antes do procedimento e como um auxiliar do sono na noite anterior à cirurgia. Em um paciente ansioso quanto ao procedimento, a ação ansiolítica dos benzodiazepínicos pode produzir redução perceptível na pressão arterial e na frequência cardíaca (PETERSON, 2012).

Bernson et al. (2011) conduziram entrevistas com indivíduos diagnosticados com medo de dentista, e quando indagados sobre quais técnicas os pacientes costumavam aplicar para dar continuidade o tratamento, dois dos quatro temas principais que emergiram foram 'interação confiável com o dentista' e 'buscar estar sob controle da situação'. O desenvolvimento de um senso de controle envolve assumir um papel ativo nos procedimentos e se comunicar com o dentista, perguntando, por exemplo, qual procedimento está sendo realizado, quanto tempo irá durar, se irá doer ou não, e outras perguntas que podem aumentar o conhecimento do paciente acerca das condutas que estão sendo tomadas. O tema geral que emergiu dessas entrevistas foi que as pessoas com medo veem o atendimento como um esforço mútuo por parte do paciente e do dentista, e que ambas as partes precisam fazer esforços para que o tratamento prossiga sem problemas. Na sequência, são descritos métodos de manejo do paciente para que o CD e os pacientes possam usar tanto como uma prevenção de respostas de ansiedade como também na presença destas, visando facilitar o processo de tratamento odontológico.

4.4.1.1 Falar-Mostrar-Fazer

Embora a técnica de Falar-Mostrar-Fazer tenha sido desenvolvida originalmente para uso na odontopediatria, ela também pode ser aplicada a adultos com ansiedade, promovendo uma sensação de controle e previsibilidade. Uma variação supostamente usada com adultos é o 'Explicar-Perguntar-Mostrar-Fazer', a qual visa estabelecer uma situação de cooperação

mútua. Nessa variação, sendo que cada estágio envolve explicar o que o dentista gostaria que acontecesse ou sugerir um próximo passo no atendimento ao paciente, respondendo a todas as perguntas que ele (paciente) possa ter e depois que o paciente receber todas as informações necessárias, solicitar permissão para prosseguir para os estágios 'mostrar' e 'fazer'. Tal processo busca considerar os medos e fobias do paciente, respeitando-o e avançando no procedimento conforme o paciente vai permitindo. No entanto, não há pesquisas conhecidas sobre a eficácia dessa abordagem (ARMFIELD; HEATON, 2013).

4.4.1.2 Distração

Armfield e Heaton (2013) relatam que a técnica de distração, sendo esta direcionar a atenção do paciente para estímulos visuais ou auditivos alternativos específicos no consultório odontológico, pode ser benéfica para pacientes com ansiedade dental leve a moderada. Estudos mostram que óculos de realidade virtual são capazes de reduzir a pressão arterial e a pulsação e aumentar o limiar de dor em pacientes submetidos a procedimentos odontológicos mais invasivos (ARMFIELD, HEATON, 2013).

Embora várias opções estejam disponíveis para o clínico, desde música a vídeos, jogos de computador e óculos 3D para assistir a filmes, atualmente existem evidências variadas sobre a eficácia dessas práticas de distração na clínica odontológica. Um estudo de metanálise realizada por Klassen et al. (2008), descobriu, a partir da análise de 19 ensaios clínicos randomizados, que a musicoterapia reduz a dor e a ansiedade de crianças submetidas a procedimentos odontológicos. Já em um estudo recente de Kim, Kim e Myoung (2011), com adultos que foram submetidos à cirurgia de extração dos terceiros molares, foi observado pelos pesquisadores redução na ansiedade para um grupo tratado com música interoperatória em comparação a um grupo tratado sem música. Os sinais vitais dos pacientes (frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial) foram monitorados durante todo o procedimento cirúrgico. A análise unidirecional da covariância, usando a ansiedade perioperatória como covariância, foi utilizada para comparar os níveis de ansiedade intraoperatória e as percepções perioperatórias da dor entre os dois

grupos. A análise de variância das medidas repetidas foi utilizada para comparar alterações nos sinais vitais nos estágios cirúrgicos entre os dois grupos.

Os sinais vitais mudaram substancialmente durante a cirurgia, de acordo com o estágio do procedimento. Para ambos os grupos, os sinais aumentaram da linha de base e atingiram valores máximos no momento da incisão inicial, diminuindo rapidamente e atingindo o platô dentro dos limites normais. Não houve diferenças significativas entre os grupos na pressão arterial; no entanto, o grupo tratado com música mostrou uma mudança significativamente menor na frequência cardíaca do que o grupo controle. O grupo tratado com música relatou significativamente menos ansiedade intraoperatória do que o grupo controle sem música ao controlar os níveis de ansiedade pré-operatória.

4.4.1.3 Reforço positivo

O estímulo reforçador, para a Análise do Comportamento, é considerado uma consequência do comportamento, o qual mantém ou aumenta a probabilidade de um determinado comportamento voltar a ocorrer em condições semelhantes. Segundo Skinner (1991), um indivíduo tende a se sentir bem consigo mesmo quando sente os efeitos de contingências de reforçamento positivo. Em linhas gerais, o que se define como bem-estar do indivíduo é uma maior probabilidade de agir de modo a produzir consequências positivas e se afastar, pospor ou evitar estímulos aversivos.

Particularmente em relação às crianças, mas também aos adultos, o reforço positivo, sendo esse entendido enquanto uma consequência do comportamento que aumenta a probabilidade de um determinado comportamento voltar a ocorrer no futuro, pode fornecer um incentivo útil para a cooperação ou outros comportamentos apropriados no contexto durante o atendimento. Por exemplo, ao emitir comportamentos de cooperação, o paciente pode produzir consequências reforçadoras, como ganhar algo de seu interesse (uma escova de dente, por exemplo). Assim, o reforço positivo (escova de dente) aumenta a probabilidade de que o paciente volte a emitir comportamentos de colaboração e também pode possibilitar o estabelecimento de uma relação mais próxima entre o paciente e o CD.

Outra técnica possível é a que envolve a possibilidade do paciente, após emitir comportamentos desejados dentro do contexto odontológico, produzir, como consequência, breves pausas no andamento do procedimento. Nesse caso, os comportamentos de cooperação seriam mantidos por reforçamento negativo, isto é, após sua emissão, a consequência produzida seria o afastamento temporário de estímulos aversivos. Assim, nesta técnica, que é muito semelhante à sinalização, breves períodos de 'fuga' do tratamento odontológico em andamento são fornecidos à pessoa que depende de um comportamento cooperativo ou apropriado. O reforço verbal positivo e um breve período de fuga (5 a 10 segundos) ocorre quando o paciente permanece deitado, segue as orientações dadas pelo dentista e coopera com este, enquanto o comportamento disruptivo atrasa a fuga até que comportamentos de cooperação sejam novamente emitidos (INGERSOLL et al., 1984).

4.4.1.4 Respiração com foco no relaxamento

Quando as pessoas encontram-se em situações de estresse durante períodos prolongados, raramente conseguem que seus músculos relaxem. Isto provoca mal-estar no indivíduo, apreensão, irritação e cansaço constantes. Além disso, a ansiedade pode dificultar ou inibir muitas formas de comportamento social, pois interagir socialmente (cumprimentar as pessoas, conversar, manter um diálogo, fazer perguntas, e outros comportamentos) passa a ser interpretado como uma tarefa penosa e extremamente complexa, dificultando ainda mais as idas às consultas odontológicas (MARINHO; CABALLO, 2001).

Há registros na literatura que um exercício benéfico para grande parte de pacientes com medo é o relaxamento através da respiração controlada. As mudanças fisiológicas que acompanham a respiração relaxada formam efetivamente uma contrapartida e, portanto, são incompatíveis com a reação de "luta ou fuga" que caracterizam os indivíduos com ansiedade.

A respiração lenta e constante por 2 a 4 minutos é considerada eficaz na redução da frequência cardíaca de pacientes que se queixam de ansiedade (MILGROM; WEINSTEIN, 1993). Ackley (2003), por outro lado, recomendou que os pacientes sejam orientados a respirar tão lentamente, de tal forma que se,

hipoteticamente, uma pena estiver embaixo do nariz, ela não se moverá. Essas técnicas de respiração podem ser ensinadas com bastante facilidade na clínica odontológica e praticadas em casa pelo paciente antes de uma consulta.

4.4.1.5 Reestruturação cognitiva

Enquanto outras técnicas de manejo do paciente com ansiedade, medo e fobia visam desviar a atenção do paciente da situação que evoca o medo, a reestruturação cognitiva visa, por sua vez, alterar e reestruturar o conteúdo das cognições negativas de uma pessoa, além de aumentar o controle do paciente sobre tais pensamentos. O processo envolve a identificação de interpretações errôneas e pensamentos catastróficos frequentemente associados ao medo odontológico, desafiando as evidências do paciente e substituindo-os por pensamentos mais realistas. Alguns exemplos de pensamentos catastróficos podem ser “Irei morrer com a anestesia”, “não vou conseguir suportar a dor”, “não vou conseguir me recuperar bem após o procedimento”.

Utilizando-se fundamentalmente dos princípios da Terapia Racional-Emotivo-Conductal (TREC), pode-se afirmar que o pensamento irracional é a principal causa de transtorno emocional, visto que, consciente ou inconscientemente, a pessoa pensa de maneira ilógica e pouco realista (PICKRELL et al., 2007). Logo, o paciente sente-se ansioso, não frente à situação objetiva, mas à interpretação que o mesmo faz dessa situação.

O principal método de substituição de uma crença irracional por uma racional denomina-se refutação ou debate e é, fundamentalmente, uma adaptação do método científico ao dia a dia, estratégia pela qual questionam-se hipóteses e conceitos para determinar sua legitimidade.

As evidências para a potencial eficácia da reestruturação cognitiva vem principalmente de estudos com pacientes que procuram psicólogos clínicos na abordagem cognitiva. No entanto, algumas evidências apontam que as habilidades necessárias para realizar a reestruturação cognitiva podem estar ao alcance dos profissionais da área odontológica, através de treinamento e supervisão especiais (PICKRELL et al., 2007).

4.4.1.6 Dessensibilização sistemática

A dessensibilização sistemática se caracteriza por uma exposição gradual aos estímulos geradores de ansiedade. Para tal exposição, cria-se uma escala hierárquica de ansiedade, identificando o grau de aversão a cada estímulo (MOREIRA; MEDEIROS, 2007).

No consultório odontológico, tal método de enfrentamento da ansiedade pode ser executado pedindo que o paciente faça uma lista com todos os estímulos relacionados ao contexto odontológico que lhe geram ansiedade. Em seguida, o mesmo irá enumerar progressivamente o estímulo menos ansiogênico até aquele que produz maior ansiedade (hierarquia da ansiedade). A partir dessa escala, o dentista apresentará ao paciente primeiramente ao estímulo que produz menor ansiedade. Após esse estímulo não ser mais gerador de medo, e o paciente conseguir lidar com ele de maneira adequada, passa-se ao próximo estímulo da escala. Por exemplo, para um paciente com medo de injeções (nível máximo de ansiedade), o dentista pode primeiro mostrar-lhe a seringa (nível menor de ansiedade) e explicar suas partes e finalidade até que o paciente possa visualizar a seringa com pouca ou nenhuma ansiedade. Em seguida, o cirurgião pode colocar a seringa com a agulha tapada na boca do paciente para simular a injeção, mantendo a seringa no lugar durante o tempo de uma injeção típica. Em concomitância, o paciente deve ser incentivado a usar estratégias de relaxamento para gerenciar a ansiedade causada por este exercício, e essa etapa é repetida até que o paciente expresse uma ansiedade tolerável por ele ou nenhuma ansiedade. Por fim, o dentista – com a permissão do paciente – pode prosseguir com a técnica anestésica, replicando o local e o período de tempo demonstrado nas etapas anteriores.

Hakeberg, Berggren e Carlsson (1990) evidenciaram que pacientes com medo odontológico que concluíram um programa de dessensibilização sistemática mostraram maior redução do medo e melhora no humor após receber tratamento odontológico em comparação com aqueles pacientes pré-medicados com Diazepam antes do tratamento odontológico.

O processo de exposição pode ser sistematizado ainda mais usando a exposição baseada em vídeo com imagens que contenham os objetivos a serem alcançados pelo paciente. Seja via computador ou pessoalmente, a

dessensibilização sistemática permite que os pacientes sejam expostos gradualmente a estímulos geradores de ansiedade até que diminua a adversidade a esses estímulos e então a conduta odontológica possa ser realizada.

Entendendo que a Psicologia é uma ciência com múltiplas formas de entendimento da condição humana e distintas abordagens, como a comportamental e a cognitiva, pode-se afirmar que tal multiplicidade reflete nos diferentes manejos da ansiedade em pacientes odontológicos. Isto é, não existe apenas uma forma de lidar com a ansiedade e que precisamos levar em consideração as especificidades de cada paciente e também o preparo técnico do dentista em lidar com a ansiedade do paciente.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a prática da Odontologia implique no uso de uma variedade de habilidades, a profissão envolve uma interação muito próxima entre o profissional e o paciente. E, embora o paciente tenha a expectativa de que seus problemas de saúde bucal sejam resolvidos, ele também entra em um relacionamento com o profissional da Odontologia com a expectativa de que será tratado de maneira cuidadosa e respeitosa. Para o dentista, há satisfação no trabalho com o manejo bem-sucedido da ansiedade, do medo e da fobia dental do paciente e de sua saúde bucal. E para as pessoas com medo odontológico, dada a forte associação entre ansiedade e visita odontológica, aprender a gerenciar sua ansiedade também ajudará a melhorar sua saúde bucal (PERONIO et al., 2019).

A abordagem das questões do medo e da ansiedade odontológica deve contribuir para a sua prevenção, diagnóstico e o seu tratamento, o que implicará novas e diferentes abordagens terapêuticas e uma melhor educação em saúde. Nesta circunstância, a influência de uma formação voltada aos aspectos psicológicos do paciente, tornam-se notável, visto que habilita o CD a saber interpretar indícios e reações que revelam temores e fragilidades dos pacientes, com abordagens metodológicas e farmacológicas apropriadas.

Uma possível limitação do presente estudo caracteriza-se pela busca de artigos usando apenas o termo “ansiedade odontológica”, visto que, caso tivessem sido inseridos os descritores “medo de dentista” ou “fobia de dentista” poderiam ser identificados mais materiais sobre o assunto.

São necessários mais estudos que ponderem a efetividade das estratégias aqui sugeridas, uma vez que é possível que pacientes excessivamente opositores quanto ao tratamento odontológico estejam também sob influência de outras condições não estritamente associadas ao âmbito odontológico. Logo, um trabalho psicológico prévio ou em concomitância ao tratamento odontológico, e que atue na identificação e manejo desses fatores ansiogênicos, pode se mostrar positivo para casos mais intensos, nos quais a admissão de estratégias somente por parte do CD apresentem-se insuficientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKLEY, D. C. **Dental fear. Aren't you tired of it?**. Dentistry Today, v. 22, n. 1, p. 96, 2003.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-V: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

ARMPFIELD, J. M.; HEATON, L. J. **Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review**. Australian Dental Journal, v. 58, n. 4, p. 390-407, 2013.
BARLOW, D. H., **Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic**. Guilford press, 2004.

BERNISON, J. M. et al. **'Making dental care possible—a mutual affair'**. A grounded theory relating to adult patients with dental fear and regular dental treatment. European Journal of Oral Sciences, v. 119, n. 5, p. 373-380, 2011.

CARTER, Ava Elizabeth et al. **Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review**. World Journal of Clinical Cases: WJCC, v. 2, n. 11, p. 642, 2014.

CARVALHO, R. W. F. de et al. **Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 1915-1922, 2012.

CASTILLO, A. R. G. L. et al. **Transtornos de ansiedade**. Revista Brasileira de Psiquiatria. São Paulo , v. 22, supl. 2, p. 20-23, dec. 2000.

DAILEY, Y. M., HUMPHRIS, G. M., LENNON, M. A. **Reducing patients' state anxiety in general dental practice: a randomized controlled trial**. Journal of Dental Research, v. 81, n. 5, p. 319-322, 2002.

DE SOUZA MAYER, T. M. A. et al. **Prevalência de ansiedade relacionada ao tratamento odontológico em adolescentes: revisão integrativa da literatura**. Archives of Health Investigation, v. 8, n. 3, 2019.

EKMAN, P. E.; DAVIDSON, R. J. **The nature of emotion: Fundamental questions**. Oxford University Press, 1994.

HAKEBERG, M.; BERGGREN, U.; CARLSSON, S. G. **A 10-year follow-up of patients treated for dental fear.** European Journal of Oral Sciences, v. 98, n. 1, p. 53-59, 1990.

HU, L. W.; GORENSTEIN, C.; FUENTES, D. **Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis.** Depression and Anxiety, v. 24, n. 7, p. 467-471, 2007.

HUPP, J. R.; TUCKER, M. R.; ELLIS, E. **Cirurgia oral e maxilofacial contemporânea.** 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015. 692 p.

INGERSOLL, B. D. et al. **Distraction and contingent reinforcement with pediatric dental patients.** ASDC Journal of Dentistry for Children, v. 51, n. 3, p. 203-207, 1984.

KIM, Y-K.; KIM, S-M.; MYOUNG, H. **Musical intervention reduces patients' anxiety in surgical extraction of an impacted mandibular third molar.** Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, v. 69, n. 4, p. 1036-1045, 2011.

KLASSEN, J. A. et al. **Music for pain and anxiety in children undergoing medical procedures: a systematic review of randomized controlled trials.** Ambulatory Pediatrics, v. 8, n. 2, p. 117-128, 2008.

KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. **Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors.** International Journal of Paediatric Dentistry, v. 17, n. 6, p. 391-406, 2007.

LOPES, P. N. et al. **Psicometria da ansiedade dentária: Avaliação das características psicométricas de uma versão portuguesa do Dental Fear Survey.** Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac, v. 45, n. 3, p. 133-46, 2004.

MARINHO, M. L.; CABALLO, V. E. **Psicologia clínica e da saúde.** 1ª ed. Londrina: Ed. UEL, 2001.

MAYER, T.M.A.S., et al. **Prevalência de ansiedade relacionada ao tratamento odontológico em adolescentes: revisão integrativa da literatura.** Arch. Health Invest, p. 145-149, 2019.

MILGROM, P.; WEINSTEIN, P. **Dental fears in general practice: new guidelines for assessment and treatment.** International Dental Journal, v. 43, n. 3 Suppl 1, p. 288-293, 1993.

MORAES, A. B. A. et al. **Comportamentos não-colaborativos em Odontopediatria: a perspectiva da psicologia aplicada à odontologia.** Temas em Psicologia Pediátrica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

MORAES, A. B. A.; PESSOTI, I. **Psicologia aplicada à odontologia.** São Paulo: Sarvier Editora, 1985.

MOREIRA, M. B.; MEDEIROS, C. A. de. **Princípios básicos de análise do comportamento.** Artmed, 2007.

MURRER, R. D.; FRANCISCO, S. S. **Diagnóstico e manejo da ansiedade odontológica pelos cirurgiões-dentistas.** Interação em Psicologia, v. 19, n. 1, p. 37-46, 2015.

NATHAN, J. E. **Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities.** Journal of Dentistry for Children, v. 68, n. 2, p. 89-101, 2001.

PEREIRA, V. Z. et al. **Avaliação dos níveis de ansiedade em pacientes submetidos ao tratamento odontológico.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 17, n. 1, p. 55-64, 2013.

PERONIO, T. N.; SILVA, A. H. da; DIAS, S. M. **O Medo frente ao tratamento odontológico no contexto do sistema único de saúde: Uma Revisão de Literatura Integrativa.** Braz J Periodontol-March, v. 29, n. 1, 2019.

PETERSON, L. J. **Peterson's principles of oral and maxillofacial surgery.** PMPH-USA, 2012.

PICKRELL, J. E. et al. **Using memory restructuring strategy to enhance dental behavior.** Int J Paediatr Dent, v. 17, p. 439-448, 2007.

SEGER, L. **Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora.** 4. ed. São Paulo: Santos, 2002, 1998, 1992.

SILVA, A. C. M. da. **Medo e Ansiedade Dentária: Uma Realidade.** 2012. 92 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2012.

SKARET, E.; RAADAL, M.; BERG, E.; KVALE, G. **Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway.** Eur J Oral Sci, v. 107, n. 6, p. 422-428, 1999.

SKINNER, B.F. **Questões recentes na análise comportamental.** Papyrus, 1991.

ULHOA, M. et al. **Medo de dentista: uma proposta para redução da ansiedade odontológica.** Revista Odontológica do Planalto Central, v. 5, n. 2, p. 35-41, 2016.