



UNICEPLAC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos - UNICEPLAC
Curso de Odontologia
Trabalho de Conclusão de Curso

**A abordagem do cirurgião-dentista e a sua influência na vida do
paciente**

Gama-DF
2024

WANESSA SARDINHA FIRMINO

**A abordagem do cirurgião-dentista e a sua influência na vida do
paciente**

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Odontologia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Orientador: Prof. Me. Paulo Vitor Fernandes Braz

WANESSA SARDINHA FIRMINO

A abordagem do cirurgião-dentista e a sua influência na vida do paciente

Artigo apresentado como requisito para conclusão do curso de Bacharelado em Odontologia pelo Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac.

Gama-DF, 19 de junho de 2024.

Banca Examinadora

Prof. Me. Paulo Vítor Fernandes Braz
Orientador

Prof^a. Dra. Letícia Diniz Santos Vieira
Examinador

Prof^a. Ma. Claudia Cristiane Baiserdo de Carvalho
Examinador

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus por todas as bênçãos derramadas, a Nossa Senhora por me guiar e aos meus anjos da guarda por enfrentarem comigo todas as batalhas para que eu chegasse até aqui.

Ao meu pai, José Firmino, e minha mãe, Olímpia Sardinha, por nunca medirem esforços para nos proporcionar ensino de qualidade, vocês são a base da minha vida.

Ao meu noivo, Renan Crestani, por toda a compreensão e apoio que diariamente foi necessário.

A minha irmã, Sarah Sardinha, por toda empolgação desde o início mesmo que fosse para arrumar os materiais.

A minha prima, amiga, confidente e Prof^ª. Dra. Sorhaya Chediak, que sempre me mostrou com muito amor, de maneira que eu me sentisse especial, formas didáticas para alcançar meus objetivos.

A minha prima Larissa Almeida, por nunca ter desistido e sempre em todas as oportunidades colocar a odontologia como uma oportunidade.

Agradeço ao meu tio Nilton Sardinha que no momento mais difícil me carregou no colo e cuidou dos meus. O senhor foi além, veio como uma luz no fim do túnel acreditando e confiando em mim, mesmo quando nem eu acreditava que era capaz. Se hoje estou aqui é porque tive o senhor ao meu lado. A Mãe Veia, minha vozinha, que está orgulhosa da gente.

Aos anjos *pets* que foram afago, compreensão e amor, vocês veem além de qualquer adversidade, são fundamentais para minha história.

Ao meu padrinho, madrinha, tios, tias, primos, primas, sobrinhos, sobrinhas, afilhados, afilhadas, sogro, sogra, cunhados, amigos, amigas e colegas todos vocês tiveram participação e estão marcados nessa minha trajetória.

Não menos importante aqueles professores, mestres e doutores que foram muito além de suas atividades de docência mostrando que sabedoria é ciência junto com humanidade. Esse é o diferencial que levarei como o maior legado da minha vida acadêmica. Em especial ao Prof. Me. Toni Arcuri, você foi o primeiro fator chave para que hoje eu estivesse perto de concluir esse bacharelado.

A abordagem do cirurgião-dentista e a sua influência na vida do paciente

Wanessa Sardinha Firmino¹
Paulo Vítor Fernandes Braz²

Resumo:

O presente trabalho apresenta como uma conduta atenciosa, comunicativa e assertiva do cirurgião-dentista para criar um ambiente de confiança, reduzir a ansiedade e até o medo do paciente e melhorar sua experiência. O objetivo é analisar como essa abordagem do cirurgião-dentista pode influenciar na vida pessoal e clínica do paciente. Como recurso metodológico elegeu-se a revisão de literatura em que houve um levantamento de produções anteriores para a construção de um conceito que articula a atuação do profissional bem como o bem-estar do paciente no atendimento que de tal forma que ocorra a fidelização.

Palavras-chave: Ansiedade odontológica; Relação cirurgião dentista-paciente; Problemas de gerenciamento de comportamento odontológico.

Abstract:

The present work presents how an attentive, communicative and assertive behavior by the dentist can create an environment of trust, reduce the patient's anxiety and even fear and improve their experience. The objective is to analyze how this approach by the dentist can influence the patient's personal and clinical life. As a methodological resource, a literature review was chosen in which a survey of previous productions was used to construct a concept that articulates the professional's performance as well as the patient's well-being in the care provided in such a way that loyalty occurs.

Keywords: Dental anxiety; Dentist-patient relations; Dental behavior management problems.

¹ Graduanda do Curso de Odontologia, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: dra.wanessasardinhaf@gmail.com.

² Docente do Curso Odontologia, do Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac. E-mail: brazpvf@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Beaton *et al.* (2014) Coriat foi o primeiro a introduzir o termo “ansiedade odontológica”³ definida como um medo extremo de qualquer procedimento dentário. Coriat *apud* Beaton *et al.* (2014) explicou que esse medo pode levar ao adiamento frequente de cirurgias ou até mesmo de procedimentos preventivos, permitindo que problemas dentários se agravem e comprometam toda saúde bucal. Assim, o medo do dentista seria uma “ansiedade antecipatória”⁴, originada tanto de um receio do perigo real quanto de um perigo antecipado e desconhecido.

Com o avançar dos anos, perpetua-se a prevalência do medo, ansiedade e fobia relacionados à visita ao dentista (Beaton; Freeman; Humphris, 2014). Esses sentimentos complexos detém o interesse de muitos pesquisadores (Kanegane *et al.*, 2009) e podem surgir por uma variedade de razões: diretas ou indiretas, cuja origem pode ser diversa e cumulativa. A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece a odontofobia como uma condição de saúde legítima (Stefano, 2019), destacando a importância de compreender as nuances entre ansiedade, medo e fobia (Silveira *et al.*, 2021).

O impacto psicológico causado pelo medo do dentista é substancial, e pode levar os pacientes a evitar tratamentos necessários, o que prejudica sua saúde bucal. A compreensão e abordagem adequadas por parte dos cirurgiões-dentistas, é crucial para interromper o círculo vicioso do medo odontológico. Esses sentimentos podem resultar em atrasos significativos na busca por cuidados, muitas vezes em estágios avançados da condição oral (Appukuttan, 2016; Merdad; El-Housseiny, 2017).

Este trabalho ressalta a necessidade de os profissionais de odontologia possuírem habilidades de manejo positivo e reconhece a variabilidade nas necessidades de cada paciente (Sivaramakrishnan *et al.*, 2022). A abordagem cuidadosa, particular, propícia e benéfica pode interromper o círculo vicioso, bem como, proporcionar o bem-estar ao paciente, garantindo sucesso no atendimento (Armfield; Heaton, 2013) e manutenção da saúde bucal. Serão apresentados métodos e estratégias que podem ser adotados para tornar o ambiente odontológico mais acolhedor e menos intimidante.

Compreender e abordar o medo odontológico é essencial. Não apenas para o bem-estar psicológico e fidelização dos pacientes, mas também para a promoção da saúde bucal e a prevenção de problemas futuros (Stefano, 2019), devido ao potencial de disseminação sistêmica (Fiorillo, 2019).

³ Expressão empregada por Coriat *apud* Beaton *et al.* (2014)

⁴ *Ibidem.*

2 OBJETIVO GERAL

Compreender como a abordagem e manejos do cirurgião-dentista influencia a vida clínica do paciente, bem como os cuidados particulares em sua vida pessoal.

3 METODOLOGIA

Neste artigo foi implementada a pesquisa de forma teoricamente descritiva exploratória, com a finalidade de compreender, não só como a abordagem e manejos do cirurgião-dentista influenciam a vida clínica do paciente, mas também a conduta particular em sua vida pessoal.

Foi realizada uma busca bibliográfica (pesquisa documental), entre o período de 1969 a 2024, usando como base de dados o PubMed e SciELO. As palavras chaves utilizadas abrangem: psicologia clínica, ansiedade odontológica, manejo clínico, atendimento odontológico, relação cirurgião-dentista paciente, ciência comportamental, gerenciamento do atendimento ao paciente, comportamentos de saúde bucal e problemas de gerenciamento de comportamento odontológico.

Após vasta perquisição em livro, revistas, artigos publicados por pesquisadores, doutores e especialistas da área, validadas pela veracidade e relevância de seu conteúdo. Foi selecionada referências importantes, às quais passaram por crivo analítico e compõem o corpo racional do presente trabalho.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Constantes internacionais expõem altos índices de pessoas que resguardam-se de uma rotina clínica odontológica (Macedo *et al.*, 2011; Doganer *et al.*, 2017). Conforme Fuentes, Gorenstein e Hu (2009) *apud* Doganer et al. (2017) sentimentos relacionados à odontologia são peculiares com características atípicas. A história da odontologia é registrada por procedimentos invasivos (Macedo *et al.* 2011), que podem causar desconforto e tratam de condições consideravelmente álgicas. Além disso, os instrumentais utilizados são singulares e muitos deles ainda têm uma repercussão sonora excêntrica (Stefano, 2019).

Com o passar dos anos é possível notar terminologias distintas, porém semelhantes entre si como: medo, ansiedade ou fobia de ir ao dentista (Silveira *et al.*, 2021). Esses sentimentos podem advir por diversas razões, sendo elas endógenas e exógenas (Locker *et al.*, 1999), somadas ou não (Carvalho *et al.*, 2012). As origens endógenas, tratam de motivos internos referido ao indivíduo. Já para as exógenas, referem-se a fontes causais externas, vivenciadas. É relevante assimilar cada um desses fatores (Beaton; Freeman; Humphris, 2014) e a interação entre eles não deve ser menosprezada (Murad *et al.*, 2020).

Destaca-se que há diferença entre ansiedade, medo e fobia. A primeira, está relacionada ao receio do que tem por vir, estimulando as reações de embate ou fuga. A segunda, refere-se ao sentimento que induz mudança comportamental, a fim de evitar danos e se proteger de um perigo ou uma ameaça (Macedo *et al.*, 2011). Kanegane *et al.*, (2009) acrescenta ainda, que a ansiedade causa a diminuição do limiar de dor, podendo deturpar fatores indolores, transformando-os em relevantes fontes dolorosas. Murad *et al.*, (2020) incorpora a ideia de que a ansiedade é vivenciada mesmo na ausência de seu gatilho. A fobia é um medo persistente, desproporcional e irracional, sob este estímulo específico, conduzindo o empenho do sistema humano a escapar de maneira instantânea, da situação que propicie pânico.

O medo odontológico foi definido em três classes, sendo elas: 1) qualquer medo odontológico, 2) ansiedade odontológica e, 3) odontofobia. Dessa forma, podem ser criadas abordagens distintas no manejo, para intervir e tratar os pacientes individualmente (Silveira *et al.*, 2021). Atualmente, o medo odontológico, seja ele de qualquer nível, é prevalente e considerada uma adversidade relevante devido ao distanciamento de um tratamento odontológico regular até a fuga total dele (Rajeev, *et al.*, 2020).

Reconhecendo um avanço considerável nos procedimentos odontológicos, ainda há uma prevalência de pacientes com medo, ansiedade dentária ou odontofobia. Esses sentimentos criam barreiras significativas na saúde e bem-estar dos indivíduos (Kanegane *et al.*, 2009; Carvalho *et al.*, 2012). A odontofobia é legitimada como uma doença pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Stefano, 2019). Atualmente trinta e seis por cento (36%) da população mundial possui medo ou ansiedade dentária e doze por cento (12%) odontofobia (Hill *et al.*, 2013 *apud* Beaton *et al.*, 2014). Cerca de vinte e cinco por cento (25%) dos brasileiros manifestam algum tipo de medo, ansiedade dentária ou odontofobia (Carvalho *et al.*, 2012).

Odontofobia é o termo descrito para o medo irracional de tratamento odontológico existente juntamente com sinais de terror, hipertensão, trepidação e mal-estar, conforme especificado no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)-IV e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados (CID)-10. (Berggren; Hakeberg; Carlsson, 2001 *apud* Murad *et al.*, 2020)

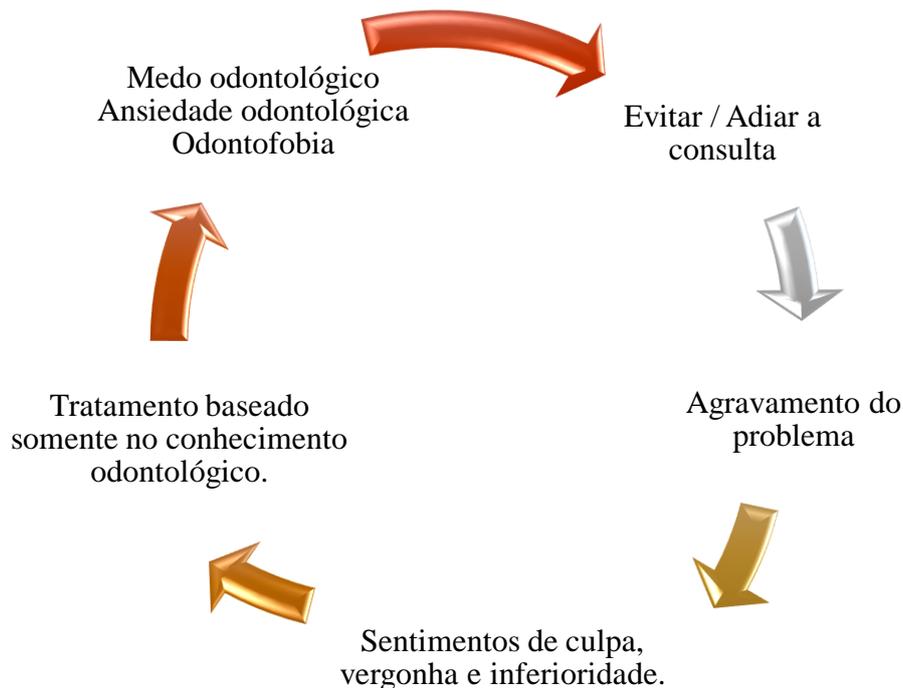
É possível que a etiologia sofra variações de acordo com a idade de início ao processo de medo, ansiedade ou odontofobia (Locker, *et al.*, 1999 *apud* Locker; Poulton; Thomson, 2001) como fatores emocionais, fisiológicos, comportamentais, cognitivos, socioeconômicos e demográficos (Appukuttan, 2016; Silveira *et al.*, 2021). Pode-se citar fatores pessoais como más experiências anteriores, vivência desagradável relatada por outrem (Carvalho *et al.*, 2012; RAJEEV *et al.*, 2020), psicossociais (Hill *et al.*, 2013), incompreensão, gatilhos sensoriais

(visão, tato, olfato, audição e paladar) ou fontes de medo comum como: dor, sangue, medo do desconhecido etc. (Appukuttan, 2016).

De acordo com Stefano (2019), o medo de cirurgião dentista, tem potencial determinante de inibir o paciente na busca de atendimento e acompanhamento. Uma vez que o paciente tenha o receio e opte por evitar uma consulta, culmina no agravamento substancial de sua saúde bucal. Por isso, é fundamental que o cirurgião-dentista tenha entendimento, consideração e empatia de como administrar essa situação corretamente com o manejo clínico adaptado para o paciente portadores de medo, ansiedade ou odontofobia (Armfield; Heaton, 2013). Em paralelo com o bem-estar e sucesso no atendimento, o profissional facilita e fideliza o paciente (Stefano, 2019). Caso esse paciente não seja abordado e tratado de maneira individual com o manejo adequado pode-se tornar um sentimento negativo de forma repetitiva (Armfield; Heaton, 2013), perpetua-se a condição e reafirma-se o sentimento de mal-estar relacionado à consulta odontológica e ao cirurgião-dentista.

Para discorrer sobre isso, observa-se a figura 1, em que é abordado o círculo vicioso do medo odontológico.

Figura 1: Círculo vicioso de medo odontológico



Fonte: Adaptado pela autora a partir de Appukuttan (2016) e Beaton; Freeman; Humphris (2014).

O medo, a ansiedade odontológica e a odontofobia, causam um atraso na procura por um atendimento, até mesmo quando trata-se de emergências, onde o tratamento é extremamente

necessário, onde infelizmente se apresentam para uma intervenção já em situações tardias. O fato de o cirurgião-dentista não possuir habilidades de manejo positivo faz com que o tratamento seja baseado somente no conhecimento científico focado na lesão e condição presente, sem que haja preocupação com o indivíduo como um todo. Reafirmando e propagando assim o círculo vicioso.

Para o sucesso no atendimento, é de vital importância que a abordagem seja variável de acordo com as particularidades individuais de cada um (Sivaramakrishnan *et al.*, 2022). Uma vez que o um manejo adequado e positivo, repetido periodicamente modifica a forma sentida e percebida durante o atendimento, propiciando de maneira mais agradável e tranquila para receber os cuidados odontológicos e assim interromper o círculo vicioso (Armfield; Heaton, 2013).

Diante disso, podemos utilizar os recursos para que o atendimento seja favorável e menos desagradável e traumático aos que possuem sensações desagradáveis ao se apresentarem ao cirurgião-dentista. Apesar de ser comum a tensão e o medo que alguns pacientes manifestam, essa preocupação afeta o tratamento da saúde bucal, a manutenção de condições preexistentes e gera sofrimento expressivo.

Os métodos a serem empregados começam com a adaptação do ambiente, como: aromaterapia e uma sala de espera com proteção acústica do atendimento clínico, atendimento cordial, seguro, explicativo, transparente, compreensível e direto. Consultório mais fresco, dotado de oportunidade de obtenção de dados clínicos, como: práticas de aferição da pressão arterial, temperatura e oximetria. Podendo ser acrescidos métodos variáveis como: “diga-mostre-faça”, modelagem, apresentação, reforço positivo, hipnose, acupuntura, *biofeedback*, distração, ozonioterapia e métodos farmacológicos (Appukuttan, 2016).

Além disso, podem ser aplicadas pesquisas de avaliação, como a desenvolvida por Corah em 1969, *Dental Anxiety Scale* (DAS) que possui um questionário com quatro enunciados de múltipla escolha e dissertativa (Corah; Gale; Illig, 1978). Humphris, Morrison e Lindsay (1995) encontrou problemas na forma das respostas principalmente as que quantificava o nível de ansiedade entre elas, tornando-as altamente subjetivas, sendo assim ele padronizou as respostas como múltipla escolha e completa o questionário com a quinta pergunta sobre anestesia, criando assim a escala modificada de ansiedade odontológica, *Modified-Dental Anxiety Scale* (MDAS). Esta, foi adaptada, aprovada e publicada em língua portuguesa em 2003 (Kanegane *et al.*, 2003 *apud* Kanegane *et al.*, 2009). A tabela 1 mostra o questionário de escala de ansiedade odontológica modificada (DAS).

Tabela 1. Questionário de ansiedade segundo a escala de ansiedade odontológica modificada

1. Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como se sentiria?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ansioso	Um pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso
2. Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ansioso	Um pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso
3. Quando está na cadeira do dentista esperando o dentista preparar o motorzinho para mexer nos seus dentes, como você se sente?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ansioso	Um pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso
4. Quando está na cadeira do dentista esperando o dentista pegar os instrumentos para raspar os tártaros (perto da gengiva), como você se sente?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ansioso	Um pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso
5. Se estivesse prestes a receber uma anestesia local na sua gengiva, por cima de um dente (lá de trás) molar superior posterior, como se sentiria?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada ansioso	Um pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso

Fonte: Elaborado pela autora com base na edição autorizada para língua portuguesa de Lopes, P. N., Ponciano, E.

As respostas serão pontuadas da seguinte forma: nada ansioso = 1, um pouco ansioso = 2, moderadamente ansioso = 3, muito ansioso = 4, extremamente ansioso = 5 (Sivaramakrishnan *et al.*, 2022). A partir da tabela 2, é abordado o grau de ansiedade de acordo MDAS.

Tabela 2. Grau de ansiedade segundo a escala modificada de ansiedade odontológica.

Grau de Ansiedade	Pontuação
Nada ansioso	5 pontos
Levemente ansioso	de 6 a 10 pontos
Moderadamente ansioso	de 11 a 15 pontos
Extremamente ansioso	de 16 a 19 pontos
Odontofobia	de 20 a 25 pontos

Fonte: Elaborado pela autora com base em Murad *et al.* (2020) e Sivaramakrishnan *et al.* (2022).

Podemos observar que o grau de ansiedade pode variar de pouco a extremamente ansioso, esses dados são relevantes pois, tem como objetivo quantificar o nível de ansiedade e informar o cirurgião-dentista previamente em relação ao atendimento. As respostas somadas variam de 5 até 25 pontos.

Desse modo, conseguimos criar um marco que divide a ansiedade odontológica e a odontofobia, entre 6 e 19 há uma variação da ansiedade na qual pacientes com resultados maiores ou iguais a 16 são extremamente ansiosos, e acima dos 19 pontos temos um alerta de odontofobia (Murad *et al.*, 2020; Silvaramakrishnan *et al.*, 2022).

De acordo com Beaton, Freeman e Humphis (2014) observou-se uma diminuição considerável da ansiedade dentária, entretanto, os índices de medo ou fobia permaneceram inalterados. Esses dados repercutem as diferenças na intensidade de ansiedade e suas causas compondo a noção *continuum*⁵, a qual é fundamentada pelas duas principais medidas de ansiedade odontológica: visto na aplicação da tabela 1 e no resultado da tabela 2.

A ansiedade por si só, aborda medidas como ansiedade-traço-estado, sendo que a ansiedade-traço está ligada à personalidade e é imutável durante a vida, já a ansiedade-estado trata-se de uma variação de humor percebida pelo próprio indivíduo, de forma consciente, podendo ser autorrelatada (Akarslan *et al.*, 2010 *apud* Doganer *et al.*, 2017). Ou seja, uma mostra a ação da ansiedade na vida do indivíduo e a outra como ele está naquele momento, respectivamente.

Doganer *et al.* (2017), inferiu que ansiedade-traço está presente em pacientes com medo odontológico, contudo, não apresenta correlação significativa em pacientes com ansiedade odontológica.

Outro modelo de questionário a ser respondido é o resumo do inventário de ansiedade traço-estado (STAISSf). Esse modelo de questionário tem o princípio do autorrelato, com propósito de compreensão do cirurgião-dentista, da ansiedade-traço-estado do paciente para a consulta (Humphris; Hull, 2007). A tabela 3 mostra como é aplicado o STAISSf.

Tabela 3. Questionário resumido do inventário de ansiedade-traço-estado (STAISSf)

Uma série de declarações que as pessoas descrevem são fornecidas abaixo. Não existem respostas certas ou erradas. Leia cada afirmação e marque a opção que mais indica como você se sente agora. Não gaste muito tempo em nenhuma afirmação, dê a melhor que descreve seus sentimentos nesse momento.				
	De jeito nenhum	De alguma forma	Moderadamente	Muito mesmo
1. Me sinto calmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁵ Construção do medo, ansiedade odontológica ou odontofobia que pode variar entre 0 a 100 dentro do contexto.

2. Estou tenso(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me sinto chateado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estou relaxado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me sinto confiante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Estou preocupado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fonte: Elaborado pela autora com base em Humphris e Hull (2007)

Doganer *et al.* (2017), apresentou dados concisos: comparando aos pacientes com ansiedade odontológica, os níveis de ansiedade-traço mais acentuados foram em pacientes com medo odontológico. Assim, é relevante que esses dados sejam considerados pelo profissional, para condução individual, de manejo do paciente, a fim de evitar uma exacerbação e piora do quadro desses pacientes.

Esse diagnóstico de medo, ansiedade dentária e odontofobia, é composto por duas vertentes: objetiva e subjetiva. A maneira objetiva é por meio de medições dos sinais vitais e subjetiva com anamnese, questionários de autorrelato (Asl *et al.*, 2017 *apud* Silvaramakrishnan *et al.*, 2022). Os sintomas variam de desconforto aparente, sudorese, taquicardia, lipotimia, alteração na pressão arterial, sensibilidade à dor, repulsa etc., ao sofrimento persistente e debilitante (Witcraft *et al.*, 2021).

Com os resultados obtidos nos questionários e uma anamnese completa e bem-feita, de forma descontraída, é possível se preparar ou não para algumas reações, bem como planejar, escolher e determinar técnicas de manejo positivo para determinado paciente (Witcraft *et al.*, 2021).

Então, é notável a existência de técnicas disponíveis ao cirurgião-dentista, manejos e abordagem focada que são úteis em todos os atendimentos, estreitando e fidelizando a relação dentista paciente. Voltada em não infringir novos traumas, bem como superar aflições e receios do atendimento odontológico (Bare; Dundes, 2004). Embora sejam empregadas diversas técnicas de abordagem, manejos e gestão comportamental, o sucesso da consulta ou procedimento, depende da interação e conhecimento da etiologia do medo, ansiedade dentária ou odontofobia. Por ser multifatorial, a combinação de técnicas e manejos é particular e inerente a cada paciente, ou seja, não há uma fórmula de tratamento geral e é de extrema importância para o sucesso da intervenção, seguida da continuidade do tratamento (Appukuttan, 2016).

6 DISCUSSÃO

Atualmente a ansiedade odontológica seja ela em qual nível for, é prevalente, e é considerada uma adversidade relevante devido ao distanciamento da oportunidade de um tratamento odontológico regular e até a fuga total dele (Murad *et al.*, 2020; Rajeev, *et al.*, 2020).

O medo, a ansiedade e a odontofobia representam uma barreira na vida clínica e pessoal do paciente, são associadas aos comportamentos negativos relacionados às práticas de saúde bucal (Coxon; Hosey; Newton, 2013, *apud* Duker, 2022; Savanheimo *et al.*, 2012 *apud* Duker *et al.*, 2022). Além disso, tende a afetar a relação cirurgião-dentista e paciente tornando-a mais delicada e desconfortável.

A odontologia é tradicionalmente apontada pela prática de procedimentos corretivos e muitas vezes de intervenções invasivas, o que influencia o estado de alerta antes de uma consulta. Isso já resulta em um obstáculo para relação cirurgião-dentista e paciente (Carvalho *et al.*, 2012).

Estes sentimentos divergentes à simpatia da prática clínica, originam-se de duas maneiras, podendo ser interligadas entre si ou singulares, sendo elas: mediante à própria experiência negativa ou a uma expectativa frustrante própria ou de outrem (Murad *et al.*, 2020). É de grande valia discernir a etiologia desses sentimentos que afastam o paciente dos cuidados adequados com a saúde bucal, para que não desencadeie uma piora desses sentimentos (Armfield; Heaton, 2013).

É unânime de que trata-se de um conceito amplo e variável, que mescla elementos cognitivos e mentais (Klingberg; Broberg, 2007) substanciais no desenvolvimento do medo, ansiedade odontológica e da odontofobia (Silvaramakrishnan *et al.*, 2022; Themessl *et al.*, 2010 *apud* Carvalho *et al.* 2012).

Appukuttan, (2016) elucidou esses elementos advindos de formas distintas: sendo eles relatos negativos causando aprendizagem indireta, condicionamento na infância, experiências traumáticas ou negativas, estímulos específicos, características especiais, exposição a casos midiáticos, síndrome do jaleco branco, sensação de desamparo, medo da dor, medo do desconhecido etc.

Silveira *et al.* (2021) enfatizou o quanto o acompanhamento de rotina visa prevenir e intervir, ao evitar, faltar ou fugir das consultas. Que em sua maioria gera, muitas vezes, um atendimento de ação curativa. De acordo com Carvalho *et al.*, (2012), este tipo de tratamento comumente acarreta altos níveis de sensibilidade, necessitando de analgesia e anestesia. Nessa última situação, surge uma sensação de invasão do espaço pessoal. Com isso, segundo Stefano,

(2019) faz com que ocorra o aumento de casos de automedicação sem prescrição devida, causando abuso de analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos, mascarando os sintomas e retardando assim a resolução ideal o que poderá causar agravamento severo da condição apresentada.

Carvalho *et al.* (2012) e Macedo *et al.* (2011), apontaram a predominância em mulheres, que justifica-se devido maior facilidade de confessar seus sentimentos, propensão ao autocuidado e rastreio de condições malignas. Se preocupam mais com a saúde, logo, são mais frequentes nas consultas e pesquisas. Já Murad *et al.*, (2020) registrou que há analogia entre o medo dos pais refletido nos filhos, apontando assim, a importância da estrutura familiar. Duker *et al.* (2022), afirmou a necessidade da presença de experiências odontológicas negativas ao longo da vida, além disso, afirmou também, assim como Doganer *et al.* (2017), que as experiências negativas na infância estão relacionadas a um aumento de sensação de dor quanto a frequência clínica, em necessidades futuras.

Há também o fato das crianças serem mais propensas a ter medo ou ansiedade odontológicas, devido ao medo do desconhecido (Duker *et al.*, 2022), fato que pode ser alterado mediante consultas odontológicas adaptadas, assunto que são comumente abordados na odontopediatria. Contudo, Grisolia *et al.*, (2021) afirmou que mesmo as intervenções facilmente acessíveis, como: abordagem empática, comunicação assertiva, explicação clara tendem a consolidar comportamentos mais cooperativos no atendimento odontológico às crianças.

Embora muitos estudos referenciam o início do medo, ansiedade odontológica ou odontofobia acontecem na infância, há estudos que reportam que uma média de metade que varia de quarenta e cinco por cento (45%) a cinquenta e cinco por cento (55%) dos pacientes portadores destas condições têm referência na adolescência e na vida adulta (Cianetti *et al.*, 2010; Kakkar *et al.*, 2016; Seligman *et al.*, 2017; Uziel *et al.*, 2019 *apud* Duker *et al.*, 2022; Silveira *et al.*, 2021). Sendo assim, é possível elucidar outras razões causais, Murad *et al.* (2020), acrescentou que isso é proveniente de experiência odontológica negativa anterior.

Existem diversos sistemas de manejos dentro de duas esferas: as técnicas farmacológicas (Stefano, 2019), as não farmacológicas (Armfield; Heaton, 2013) ou a combinação de ambas (Appukuttan, 2016). As farmacológicas, são mais utilizadas por serem consideradas práticas, seguras e de fácil administração. Em sua grande parte, são administrados benzodiazepínicos de curta duração, por via oral (Stefano, 2019).

As técnicas de manejo não farmacológicas são formas de manejo positivo e inclusive podem ser incluídas de forma preventiva. Uma vez que essa inicia-se desde a primeira interação com a recepção, criando assim uma atmosfera mais agradável e adequada, uma comunicação

mais atenciosa e sem pressa, pois o ambiente pode se tornar ameaçador com músicas agitadas e luzes fortes. Consultórios mais frescos e com revistas, fotos, quadros, e com proteção acústica para a recepção são de grande valia para um ambiente mais aconchegante e menos intimista (Duker *et al.*, 2023).

Há também outras intervenções não farmacológicas como: ambiente sensorialmente adaptado, explicação detalhada, esclarecimento de dúvidas sem ocultação de informação, material de leitura, explicações lúdicas, monitoramento com *biofeedback*, sinalização de parada, pausas para descanso, consultas curtas (Sivaramakrishnan *et al.*, 2022) escuta qualificada, abordagem não agressiva (Macedo, *et al.*, 2011), dessensibilização sistemática como: “diga-mostre-faça”, reforço positivo, e intervenções de reestruturação cognitiva (Boman *et al.*, 2013).

Algumas técnicas de relaxamento o profissional deverá passar por formações especiais, dentre elas: hipnose, liberação miofascial, sedação com óxido nitroso e acupuntura. (Appukuttan, 2016). As técnicas de manejo de intervenção variam de acordo com as particularidades de cada paciente, do conhecimento e habilidades técnicas do cirurgião-dentista bem como da condição e situação clínica (Shim *et al.*, 2015 *apud* Sivaramakrishnan *et al.*, 2022; Roberts *et al.*, 2010)

A possível dificuldade em tratar esses pacientes, está relacionada ao fato da necessidade de maior desprendimento de tempo e atenção direcionada do cirurgião-dentista, durante as consultas e todo tempo de clínica. Uma vez que, esses comportamentos dificultam o atendimento gerando um ambiente tenso, possivelmente conflituoso, estressante e cansativo, inclusive para o profissional (Armfield; Heaton, 2013; Doganer *et al.*, 2017).

Kanegane *et al.*, (2009), Doganer *et al.*, (2017) Witcraft *et al.*, (2021) ressaltaram que uma experiência odontológica negativa é extremamente danosa para quem possui medo, ansiedade dentária e odontofobia, desencadeia-se a total negativa para outro atendimento, isso ocorre de maneira como uma manutenção reforçada desses sentimentos tal qual um gera um agravamento do quadro. Assim como Bare e Dundes (2004) atestaram que adotar de forma corriqueira algumas estratégias que mesmo das mais simples possam demandar tempo e esforço por parte do cirurgião-dentista, essas desenvolvem de uma forma positiva e acolhedora uma pequena parte destes pacientes.

Já Boman *et al.*, (2013) apresentou dados muito positivos quando se associa terapia comportamental e terapia cognitiva comportamental, havendo uma maior aceitação ao atendimento odontológico rotineiro. Sivaramakrishnan *et al.*, (2022) afirmou que a combinação de técnicas selecionadas aliadas a boa relação dentista e paciente, produz efeito

desejável no controle da ansiedade, tanto em crianças como em adultos. Além de facilitar melhores critérios para os manejos futuros na continuação dos tratamentos odontológicos.

Humphris e Hull (2007) indagaram sobre a baixa aplicação dos questionários de ansiedade em consultórios odontológicos e constatou-se que diversos profissionais afirmam temer que a aplicação possa germinar ou despertar esses sentimentos durante o preenchimento. Causando uma reação inversa do que é almejado, melhorar a experiência no atendimento, tanto para o paciente quanto para o cirurgião-dentista. Macedo *et al.*, (2011) desenvolveu como a importância do diálogo entre o profissional e o paciente com finalidade de esclarecer levantamentos e reduzir o estresse que pode ser desenvolvido ao preencher os questionários. Contudo, os estudos de Humphris e Hull (2007) mostraram que não houve alteração nos níveis de ansiedade entre antes, durante e depois da aplicação de questionários. Macedo *et al.*, (2011) elucida que pacientes que nunca faltam uma consulta odontológica, são os mesmos que apresentam os menores resultados nas MDAS, em contrapartida, os escores mais elevados com aqueles com faltam esporádicas, corriqueiras ou frequentes.

Acredita-se que além da aptidão científica odontológica para o tratamento, a conduta clínica correta e personalizada é crucial para o resultado da qualidade do atendimento. Uma abordagem coesa, qualificada torna-se eficaz e produz um ambiente propício para melhora dos cuidados bucais, uma vez que pode diminuir os índices de ansiedade, medo e odontofobia (Song et al., 2020). O paciente seguro reduz seus medos, receios e aflições com isso entende-se que haverá uma maior assiduidade nos cuidados bucais e acompanhamento odontológico periódico (Appukuttan, 2016).

Considerando que haja uma melhora nos cuidados pessoais e uma maior frequência clínica do paciente, atenuam-se as complicações. Fenômeno decorrente da oportunidade de orientação rotineira, prevenção, manutenção e como consequência natural e gradual a quebra do círculo vicioso (Appukuttan, 2016), como apresentado na figura 1.

Sendo assim, fica clara a necessidade de interrupção do círculo vicioso do medo odontológico, extinguindo seus fatores desencadeadores. Isso, irá colaborar para que não haja uma diminuição na qualidade de vida e a saúde oral do paciente (Murad; Ingle; Assery, 2020).

Nesse sentido, a relação direta entre o cirurgião-dentista e paciente é absolutamente vital e imprescindível para romper barreiras de traumas existentes ou evitar construir ou manter os já predisponentes (Song, *et al.*, 2020). É primordial que desde o primeiro contato do paciente com o dentista seja mais descontraído e ético para que seja possível identificar o estado do paciente e estipular uma relação mais íntima e confiante sendo menos coercivo e distante. Medidas mais fidedignas como os sinais vitais: pressão arterial, oximetria, temperatura e

frequência cardíaca, são parâmetros de controle e segurança do cirurgião-dentista e estas podem ser feitas de forma leve, descontraída e contínua a uma anamnese mais profunda, aumentando a intimidade de confiança do paciente (Appukuttan, 2016) e assim mantendo cuidado integral do indivíduo.

Buscar compreender de onde vem, quais as ânsias e qual dos sentimentos se qualifica para determinado paciente, direciona e personaliza o atendimento implementando práticas mais efetivas de acordo com cada caso, caracterizando assim o cuidado integral. Pois ao contrário pode ser tanto quanto prejudicial, (Armfield; Heaton, 2013; Murad *et al.*, 2020).

Este trabalho tem como finalidade salientar a importância de uma abordagem assertiva e manejo clínico adequado por parte do profissional. Sendo assim, é possível administrar situações negativas, modificar aversões prévias e até mesmo prevenir novos traumas. O paciente, por sua vez, compreenderá melhor suas condições clínicas bem como a importância da higiene oral, e será mais assíduo em consultas de rotina evitará agravamentos. O cirurgião-dentista ganhará confiança e retorno do seu cliente paciente, fidelizando-o assim (Stefano, 2019).

6.1 Efeitos sistêmicos do estresse psicológico

É compreendido por muitos pesquisadores, de forma unânime, que o estresse psicológico pode surtir efeitos fisiológicos deletérios baseados na ativação de dois sistemas de resposta: simpático ou autônomo e o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA) (King; Hegadoren, 2002 *apud* Kanegane *et al.*, 2009). Circunstâncias que abrangem ansiedade, dor e lesão tecidual aguda ativam a dinâmica HPA expandindo assim, a secreção do hormônio cortisol (Oosterink; Jong; Aartman, 2008 *apud* Kanegane *et al.*, 2009). Sendo assim, pacientes que possuem medo, ansiedade ou odontofobia são propensos a ter uma resposta exacerbada do HPA (Kanegane *et al.*, 2009).

Kanegane *et al.*, (2009) mostrou resultados em sua pesquisa que o aumento considerável da secreção de cortisol salivar foi associado a dor, sem nenhuma analogia entre a intensidade de dor. Da mesma forma, não houve nenhuma alteração significativa nos níveis de cortisol salivar com os resultados altos das MDAS aplicadas, bem como não houve distinção considerável entre os sexos e a variação idade. Embora a ideia de alteração da secreção de cortisol seja validada, a ansiedade dentária por si só, não foi capaz de provocar um retorno do eixo HPA como esperado.

É provado então que o stress a longo tempo, quando causado pela ansiedade, é extremamente deletério para a saúde. As pesquisas comprovam que o motivo é através do poder

da liberação hormonal causada pelo estresse ter potencial supressor ao sistema imune. Comprovadamente, o hormônio cortisol, foi identificado como supressor ativo do sistema de defesa sistêmica. O excesso de cortisol salivar, participa na destruição periodontal. O sistema imune enfraquecido aumenta o risco de infecções sistêmicas, agindo diretamente na orofaringe; ocasionando estomatite, aftas, úlceras, proliferação de cancros, reativação do Herpes Simplex tipo 1, gengivite, sangramentos gengivais e doenças periodontais severas. A combinação de hábitos não saudáveis, inaptidão à manutenção da saúde bucal, níveis elevados de estresse por ansiedade a longo termo e odontofobia grave, compõem o conjunto de elementos que acarreta o processo de doença (Rezaei; Aminian; Raygani, 2017; Scoggin *et al.*, 2022).

Apesar que durante um procedimento odontológico possa gerar algum nível de dor e desconforto em um paciente, não é apenas esse fator que causará o sentimento aversivo como ansiedade dentária ou odontofobia, traços psicológicos (Thomson; Locker; Pouton, 2000 *apud* Kanegane *et al.*, 2009) e necessário outros fatores abordados acima.

6.2 Doença periodontal e suas relações

O periodonto trata-se do conjunto de estruturas que conferem proteção e suporte dos elementos dentários. Pode ser denominado como aparato de inserção, unidade biológica funcional, que é afetada pelo meio bucal e sofre alterações do processo de envelhecimento.

Chaves *et al.*, (2024) afirma que a doença periodontal é uma resposta imune patológica, inflamatória e crônica. Macedo *et al.*, (2022) agrega o potencial infeccioso. As doenças periodontais são classificadas em gengivites e periodontites e podem ser agudas ou crônicas, dependendo dos distúrbios, evolução, tempo de descoberta e tratamento. Liccardo *et al.* (2019) *apud* Evangelista *et al.* (2023), esclarece que ocorre como uma consequência de acúmulo de biofilme dentário que, por sua vez, desorganiza o equilíbrio da microbiota bucal.

O periodonto necessita de manutenção contínua por toda a vida, por portadores de medo, ansiedade odontológica e odontofóbicos são extremamente deletérios nesse cuidado, sendo etiologia primária de complicações que poderiam ser facilmente evitadas.

6.2.1 Diabetes *mellitus* e a doença periodontal

Diabete *mellitus* é uma patologia sistêmica crônica, uma condição metabólica caracterizada por hipoglicemia e hiperglicemia, ou seja, alterações significativas na concentração de glicose no sangue (Evangelista *et al.*, 2023) e tem como causa a deficiência parcial ou total na produção de insulina ou quando a resposta celular é inadequada à sua ação. Os níveis de glicose, quando alterados, têm a habilidade de propiciar infecções. A hiperglicemia atinge diretamente os glóbulos brancos, enfraquecendo-os. O status diabético é porta de entrada para complicações agudas e crônicas, afetando diretamente a qualidade de vida do indivíduo, sendo assim, influência diferentes áreas incluindo a saúde bucal (Cervino *et al.*, 2019).

Macedo *et al.* (2022) ressalta que a diabete *mellitus* promove alterações importantes na cavidade oral elevando a resposta inflamatória, quando prolongada causa disfunções celulares e vasculares, remodelação óssea, além de dificultar o processo de cicatrização. De acordo com Evangelista *et al.* (2023) calcula-se que 5,1 milhões pessoas entre a idade de 20 a 79 anos morrem em decorrência das complicações da diabetes e o Brasil encontra-se na quarta posição mundial.

Levantamentos feitos por Chaves *et al.* (2024) revelou que 422 milhões da população mundial possuem diabetes *mellitus*, destes 35,3% possuem doença periodontal. No Brasil os dados são mais alarmantes, visto que 7,6% dos brasileiros possuem diabetes *mellitus*.

Cervino *et al.* (2019) *apud* Fiorillo (2019), reporta que a periodontite em pacientes diabéticos é entre duas e três vezes mais presentes do que em não diabéticos. O elo da doença periodontal e a diabetes *mellitus* é dado por ter interação mútua, uma vez que ambas são diretamente afetadas por bactérias gram-negativas (Evangelista *et al.*, 2023; Chaves *et al.*, 2024). Brandão, Silva e Penteado (2011) atestam que a sexta doença mais comum em portadores de diabetes *mellitus* é a doença periodontal.

Ambas as patologias estão relacionadas aos comportamentos pessoais e sociais (Chaves *et al.*, 2024). Tratar a doença periodontal ajuda a restabelecer o controle da glicemia, devido à diminuição do biofilme. A redução bacteriana local causa uma diminuição da resposta imunológica da doença periodontal, favorecendo um melhor controle glicêmico (Brandão; Silva; Penteado, 2023).

O tratamento odontológico regular reitera o seu valor e é imprescindível para o segmento e manutenção da doença diabetes *mellitus*. Não menos importante Evangelista *et al.* (2023) confirma que os cirurgiões dentistas devem estar atentos às periodontites recorrentes, bem como o cirurgião-dentista precisa ficar alerta com a frequência destes pacientes no consultório odontológico.

6.3 Infecções odontogênicas e sua disseminação

Conforme Melo e Melo (2021), mais de noventa por cento (90%) das infecções de cabeça e pescoço têm princípio de infecções odontogênicas. As infecções odontogênicas podem ocorrer em qualquer indivíduo independente de idade, sexo, raça ou idade. Essas transcorrem pela propagação de detritos infecciosos dentários ou periodontais. Comumente são causadas por múltiplas bactérias, incluindo anaeróbias e em sua maioria bastonetes gram-positivos. São sistêmicas, agudas ou crônicas e podem agudizar severamente e se espalhar para outros sítios, de forma hematogênica (Melo; Melo, 2021; Souza *et al*, 2023).

As infecções possuem características clínicas como trismo, tumefação, abscesso, disfagia, disfonia, flebite etc. (Acosta *et al.*,2022). Essas patologias possuem altíssima relevância, pelo potencial de evolução em complicações severas, e podem ser prevenidas se houver um acompanhamento e tratamento adequado. O diagnóstico precoce, remete a um bom prognóstico (Camargos *et al.*, 2016 *apud* Melo; Melo, 2021; Souza *et al.*, 2023) caso não haja intervenção oportuna, podem evoluir para sepse e culminar em óbito. (Weise *et al.*, 2019 *apud* Acosta *et al.*,2022).

O tratamento ideal varia de acordo com a gravidade, condição específica e o mecanismo de defesa (sistema imune) de cada paciente. Geralmente, são tratadas com antibióticos, retirada do fator causal e drenagem (Melo; Melo, 2021; Acosta *et al.*,2022; Souza *et al.*, 2023).

6.3.1 Angina de Ludwig

A angina de Ludwig é uma infecção bacteriana severa é uma infecção bacteriana severa, decorrente da disseminação hematogênica de foco infeccioso odontogênico. Trata-se de uma celulite nos espaços: sublingual, submentoniano e submandibular (Kim; Lee, 2021 *apud* Acosta *et al.*,2022). É grave, possui progressão rápida, o edema se instala em localidade crítica e pode causar oclusão parcial ou completa de vias aéreas, dada a tumefação relevante e flebite dolorosa das regiões afetadas. Causa febre, dor, disfagia e hipóxia severa. O diagnóstico é clínico, o paciente precisa de intervenção rápida, muitas vezes em ambiente hospitalar com instalação de antibióticos intravenosos, em monitorização contínua. Angina de Ludwig, é condição clínica que pode ser evitada e suas complicações mais severas podem ocasionar óbito por asfixia, mediastinite, ruptura ou bloqueio de carótidas e sepse (Souza *et al.*, 2023).

6.3.2 Endocardite Bacteriana

Barroso *et al.* (2008) *apud* Souza *et al.*, (2023) indica que a endocardite se dá através da inflamação do endocárdio, porção interna do coração, causada por processo infeccioso

sistêmico que acomete o coração de forma hematogênica e lesa tecido nobre e influente do sistema cardiovascular. Cortela *et al.* (2008) *apud* Souza *et al.*, (2023) menciona que em média quarenta por cento (40%) dos casos de endocardite bacteriana tem origem dentária e possui a taxa de mortalidade em (20%). É de instalação súbita, cursa com febre, taquicardia, fadiga, dano proeminente em parede cardíaca e válvulas.

6.4 Complicações pessoais e clínicas para o paciente

A repercussão que o medo, a ansiedade odontológica e a odontofobia gera na vida de seus portadores tende a gerar um efeito vasto e dinâmico (Cohern; Fiske; Newton, 2000; Carvalho *et al.*, 2012). Condições e patologias que poderiam ser facilmente resolvidas, tendem a cronificar e se tornam muitas vezes irreversíveis. O ato de retardar a consulta odontológica pode ter como consequência extremamente deletérias, culminando em necessidade de tratamento invasivo, edentulismo, deterioração da cavidade oral e afecções sistêmicas (Fiorillo, 2019; Neramo *et al.*, 2019).

A saúde bucal está diretamente ligada a qualidade de vida, ou seja, esse comportamento receoso ou evitativo afeta não somente a saúde bucal, mas também a consequência da saúde geral (Song *et al.*, 2020) como exemplos: distúrbios no sono, desempenho físico e funcional reduzidos (Kanegane *et al.*, 2009) sepse, extensão severas de um abscesso periapical, sinusite, bem como a piora do quadro de doenças crônicas (Hollister; Weintraub, 1993 *apud* Mehrstedt *et al.*, 2007), distúrbios temporomandibulares (Reisine *et al.*, 1989 *apud* Mehrstedt *et al.*, 2007), sentimento de vergonha (Beaton; Freeman; Humphris, 2014) agravando as interações sociais, redução da autoconfiança e no trabalho, depressão (Boman *et al.*, 2013) o desenvolvimento pessoal e acadêmico podem ser afetados também (Merdad; El-Housseiny, 2017).

A cavidade oral não é um órgão desprendido e, sim inerente ao organismo humano, não limitando-se exclusivamente às estruturas dentárias, como também o bem-estar do corpo e mente. A OMS definiu em 1946 a saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade.”⁶

Nesse sentido, a saúde oral tem conexão com a saúde em geral, visto que podem desencadear complicações sistêmicas em múltiplos órgãos além do dentário. Estas vão desde uma doença periodontal gerando uma resistência insulínica a doenças neurológicas, pulmonares, cardíacas (Fiorillo, 2019) e até a morte. Segundo o autor, isso ocorre devido ao potencial sistêmico de disseminação sistêmica de vírus e bactérias patogênicas. De acordo com a OMS em 2022, pouco menos da metade da população mundial, cerca de quarenta e cinco por

⁶ Extraído do texto: “O que significa ter saúde?”.

cento (45%), é afetada por doenças bucais disseminadas desde o nascer até idades mais avançadas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi compreender como a abordagem e manejos do cirurgião-dentista influencia a vida clínica do paciente, bem como os cuidados particulares em sua vida pessoal. A relação entre dentista e paciente é determinante para o sucesso da vida clínica e pessoal do paciente, assim como do cirurgião-dentista. Isso ocorre porque é vantajoso tanto para o profissional, quanto para o paciente, uma vez que contém um potencial acumulativo para ambos.

É de extrema importância que desde os primeiros anos de formação acadêmica até os cursos de especialização reconheçam o papel significativo que o cirurgião-dentista desempenha na vida de seus pacientes. Isso vai além do domínio dos conhecimentos de saúde bucal, uma vez que envolve também a compreensão das possíveis reações negativas, como aversão ou repulsa, que podem afetar as futuras visitas ao consultório e as devidas consequências. É fundamental entender que o profissional é um dos vários motivos que influenciam essa relação. A conduta do profissional é um dos fatores mais importantes para garantir o retorno dos pacientes ao consultório.

Dessa forma, investir tempo e esforço no desenvolvimento de habilidades tem como alcançar o progresso tanto a curto quanto a longo prazo. Além disso, dedicar-se a atender os pacientes de maneira mais atenciosa pode ajudar os pacientes, assim como evitar reações de luta ou fuga durante consultas e a periodicidade. A qualidade de vida relacionado à saúde bucal vai desde o princípio de existência pessoal até o funcionamento do organismo em geral. Essa abordagem também traz benefícios para o profissional, pois torna o trabalho mais tranquilo e agradável e resulta em gratidão por parte dos pacientes que se sentem mais tranquilos e confortáveis no momento do atendimento.

A odontologia vem sendo negligenciada, há anos, apesar de seu potencial em desvendar a origem de certas doenças que afetam o corpo todo. A saúde bucal e suas condições relacionadas à cavidade oral podem fornecer pistas significativas para outras circunstâncias sistêmicas. O atendimento odontológico atento e investigativo tem aptidão de constatar e diagnosticar doenças em estágio inicial e raras. Quanto antes for percebido sinais e sintomas de medo, ansiedade odontológica melhor o prognóstico para as técnicas de manejo na abordagem do cirurgião-dentista.

REFERÊNCIAS

- ACOSTA, E. E. C. *et al.* Importância do tratamento precoce em infecção odontogênica: relato de casos / Importance of early treatment in infection dentistry: case reports. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 7, p. 52422–52433, 20 jul. 2022.
- ANDRADE, J. N. *et al.* Dental fear and anxiety: A review. **International Journal of Applied Dental Sciences**, v. 9, n. 3, p. 157–160, 1 jan. 2023.
- APPUKUTTAN, D. P. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: Literature review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry* **Dove Medical Press Ltd**, 10 mar. 2016.
- ARMPFIELD, J. M.; HEATON, L. J. Management of fear and anxiety in the dental clinic: A review. **Australian Dental Journal**, dez. 2013.
- BARE, L. C.; DUNDES, L. Strategies for Combating Dental Anxiety. **Journal of Dental Education**, v. 68, n. 11, p. 1172–1177, nov. 2004.
- BEATON, L.; FREEMAN, R.; HUMPHRIS, G. **Why are people afraid of the dentist? Observations and explanations**. Medical Principles and Practice S. Karger AG, 2014.
- BOMAN, U. W. *et al.* Psychological treatment of dental anxiety among adults: A systematic review. **European Journal of Oral Sciences**, v. 121, n. 3, p. 225-234, jun. 2013.
- BRANDÃO, D. F. L. M. O.; SILVA, A. P. G.; PENTEADO, L. A. M. Relação bidirecional entre a doença periodontal e a diabetes mellitus. **Odontologia Clínica-Científica**, v. 10, n. 2, p. 117–120, abr. 2011.
- CARVALHO, R. W. F. *et al.* Ansiedade frente ao tratamento odontológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1915-1922, 2012.
- CERVINO, G. *et al.* Diabetes: Oral Health Related Quality of Life and Oral Alterations. **BioMed Research International**, v. 2019, p. 1–14, 18 mar. 2019.
- CHAVES, M. F. DE M. *et al.* Interconexão entre Diabetes e Periodontite: Impactos na Saúde Bucal e Sistêmica. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 2, p. 1365–1373, 15 fev. 2024.
- COHEN, S. M.; FISKE, J.; NEWTON, J. T. The impact of dental anxiety on daily living. **British Dental Journal**, v. 189, n. 7, p. 385–390, 14 out. 2000.
- CORAH, N. L. Development of a dental anxiety scale. **Journal of dental research**, v. 48, n. 4, p.596, 1969.
- CORAH, N. L.; GALE, E. N.; ILLIG, S. J. Assessment of a dental anxiety scale. **Journal of the American Dental Association**, v. 97, n. 5, p. 816–819, 1978.

DOGANER, Y. C. *et al.* Does the trait anxiety affect the dental fear? **Brazilian Oral Research**, v. 31, p. 1–8, 2017.

DUKER, L. I. S. *et al.* Sensory Adaptations to Improve Physiological and Behavioral Distress During Dental Visits in Autistic Children: A Randomized Crossover Trial. **JAMA Network Open, American Medical Association**, v. 6, n. 6, 2 jun. 2023.

DUKER, L. I. S. *et al.* The Relationship between Dental Fear and Anxiety, General Anxiety/Fear, Sensory Over-Responsivity and Oral Health Behaviors and Outcomes: A Conceptual Model. **International Journal of Environmental Research and Public Health MDPI**, v. 19, n. 4, 1 fev. 2022.

EVANGELISTA, M. P. *et al.* A prevalência da doença periodontal em pacientes com diabetes mellitus tipo 1 e 2: uma revisão de literatura. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 4, n. 8, 18 ago. 2023

FERNANDES, M. M.; SILVA, R. F. Book Review - A ODONTOLOGIA À LUZ DO DIREITO. **RBOL- Revista Brasileira de Odontologia Legal**, p. 135–137, 15 mar. 2016.

FIORILLO, L. Oral health: The first step to well-being. **Medicina**, v. 55, n. 10, p. 676, 7 out. 2019.

GRISOLIA, B. M. *et al.* Prevalence of dental anxiety in children and adolescents globally: A systematic review with meta-analyses. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 31, n. 2, p. 168–183, 1 mar. 2021.

HILL, K. B. *et al.* Adult Dental Health Survey 2009: Relationships between dental attendance patterns, oral health behaviour and the current barriers to dental care. **British Dental Journal**, v. 214, n. 1, p. 25–32, 2013.

HUMPHRIS M. G.; HULL P. Do Dental Anxiety Questionnaires Raise Anxiety in Dentally Anxious Adult Patients? A Two-Wave Panel Study. **Primary Dental Care**, v. 14 n.1, p. 7–11, 2007.

HUMPHRIS, G. M.; MORRISON, T.; LINDSAY, S. J. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. **Community dental health**, v. 12, n.3, p. 143–150, set. 1995.

KANEGANE, K. *et al.* Dental anxiety and salivary cortisol levels before urgent dental care. **Journal of Oral Science**, v. 51, n. 4, p. 515–520, 2009.

KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. Dental fear/anxiety and dental behavior 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, nov. 2007.

LOCKER, D.; LIDDELL, A.; SHAPIRO, D. Diagnostic categories of dental anxiety: a population-based study. **Behaviour Research and Therapy**, v. 37, n. 1, p. 25–37, jan. 1999.

LOCKER, D.; POULTON, R.; THOMSON, W. M. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 29, n. 6, p. 456–463, 12 dez. 2001.

LOPES, P. N.; PONCIANO, E. **Scale translations – Modified Dental Anxiety Scale**. Versão original HUMPHRIS, G. Disponível em: <https://dentalanxiety.wp.st-andrews.ac.uk/scale-translations/>. Acesso em 24 de abr. 2024.

MACEDO, F. A. F. F. *et al.* Dental anxiety in a primary attention oral health service. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 11, n. 1, p. 29–34, 2011.

MACEDO, L. O. S. *et al.* Relação da doença periodontal com doenças sistêmicas e alterações bucais: uma revisão de literatura. **Facere Scientia**, v. 2, n. 2, dez. 2022.

MEHRSTEDT, M. *et al.* Oral health-related quality of life in patients with dental anxiety. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 35, n. 5, p. 357–363, out. 2007.

MELO, H. S. S.; MELO, R. E. V. A. Infecções de origem odontogênica: uma revisão de literatura Infections of odontogenic origin: a review of the literature. **Journal Archives of Health**, v. 2, n. 4, p. 853–856, jul. 2021.

MERDAD, L.; EL-HOUSSEINY, A. A. Do children's previous dental experience and fear affect their perceived oral health-related quality of life (OHRQoL)? **BMC Oral Health**, v. 17, n. 1, 16 jan. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE BRASIL. **O que significa ter saúde?** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-que-ro-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude>. Acesso em: 04 jun. 2024.

MURAD, M.; INGLE, N.; ASSERY, M. Evaluating factors associated with fear and anxiety to dental treatment - A systematic review. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 9, n. 9, p. 4530, 2020.

NERMO, H.; WILLUMSEN, T.; JOHNSEN, J.-A. K. Prevalence of dental anxiety and associations with oral health, psychological distress, avoidance and anticipated pain in adolescence: a cross-sectional study based on the Tromsø study, Fit Futures. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 77, n. 2, p. 126–134, 17 fev. 2019.

NIGRE, A. L. **A Odontologia à Luz do Direito**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

RAJEEV, A. *et al.* Influence of the previous dental visit experience in seeking dental care among young adults. **Journal of Family Medicine and Primary Care**, v. 9, n. 2, p. 609, 2020.

REZAEI, F.; AMINIAN, M.; RAYGANI, A. V. Evaluation of salivary cortisol changes and psychological profiles in patients with recurrent aphthous stomatitis. **Contemporary Clinical Dentistry**, v. 8, n. 2, p. 259–263, 1 abr. 2017.

SCOGGIN, K. *et al.* Elucidating Mechanisms of Tolerance to Salmonella Typhimurium across Long-Term Infections Using the Collaborative Cross. **mBio**, v. 13, n. 4, 1 ago. 2022.

SILVEIRA, E. R. *et al.* Estimated prevalence of dental fear in adults: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Dentistry, Elsevier Ltd.** v. 108, 1 mai. 2021.

SIVARAMAKRISHNAN, G. *et al.* The variables associated with dental anxiety and their management in primary care dental clinics in Bahrain: a cross-sectional study. **BMC Oral Health**, v. 22, n. 1, 1 dez. 2022.

SONG, Y. H. *et al.* Dentist-patient relationships and oral health impact in Australian adults. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**. v. 48, n. 4, p. 309–316, 1 ago. 2020.

SOUZA, K. L. M. DE *et al.* Infecções odontogênicas – patogênese e repercussões sistêmicas: revisão de literatura. **Revista Fluminense de Odontologia**, v. 2, n. 61, p. 175–191, 14 mar. 2023.

STEFANO, R. Psychological factors in dental patient care: Odontophobia. **Medicina**, v. 55, n. 10, 8 out. 2019.

WITCRAFT, S. M. *et al.* What sensitivities matter in dental anxiety? Investigating sensitivity to anxiety, pain, and disgust. **Psychology, Health and Medicine**, v. 26, n. 3, p. 313–321, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global oral health status report: Towards universal health coverage for oral health by 2030**. Disponível: <https://www.who.int/team/noncommunicable-diseases/global-status-report-on-oral-health-2022/> . Acesso em: 06 de jun. de 2024.