



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS VIII  
CENTRO CIÊNCIAS, TECNOLOGIA E SAÚDE  
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**ELYDA FÉLIX DE LIMA**

**O MEDO E A ANSIEDADE FRENTE A TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS**

**ARARUNA  
2018**

**ELYDA FÉLIX DE LIMA**

**O MEDO E A ANSIEDADE FRENTE A TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da UEPB – Campus VIII como requisito parcial para obtenção do título de Cirurgiã-Dentista.

**Orientadora:** Profa. Me. Gabriella de Vasconcelos Neves

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

L732m Lima, Elyda Felix de.  
O medo e a ansiedade frente a tratamentos odontológicos  
[manuscrito] / Elyda Felix de Lima. - 2018.  
32 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em  
Odontologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de  
Ciências, Tecnologia e Saúde , 2018.  
"Orientação : Profa. Ma. Gabriella de Vasconcelos Neves ,  
Coordenação do Curso de Odontologia - CCTS."  
1. Odontologia. 2. Medo. 3. Ansiedade. I. Título  
21. ed. CDD 617.6

**ELYDA FÉLIX DE LIMA**

**O MEDO E A ANSIEDADE FRENTE A TRATAMENTOS ODONTOLÓGICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Coordenação do Curso de Odontologia da UEPB –  
Campus VIII como requisito parcial para obtenção do  
título de Cirurgiã-Dentista.

Aprovada em: 08/11/2018.

**BANCA EXAMINADORA**

Gabriella de Vasconcelos Neves

Profa. Me. Gabriella de Vasconcelos Neves  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Danielle do Nascimento Barbosa

Prof. Me. Danielle do Nascimento Barbosa  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

Gêisa Aiane de Moraes Sampaio

Prof. Me. Gêisa Aiane de Moraes Sampaio  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

À minha família por todo amor e confiança, DEDICO.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, primeiramente, por ter me dado força e coragem pra vencer todas as lutas diárias, por estar sempre me abençoando e guiando meus caminhos.

Aos meus pais, por todo o amor e suporte que me deram ao longo desses anos, principalmente nas horas mais tristes e difíceis que passei. Tenho certeza que sem o carinho e o apoio de vocês eu não teria chegado até aqui.

A meu irmão por ser um espelho de pessoa especial e amorosa. Obrigada por todos esses anos de convivência contigo que me fizeram uma pessoa melhor.

Aos meus colegas de turma, que foram meus companheiros de jornada e que, apesar de algumas aflições e divergências, souberam me ensinar o valor da verdadeira amizade.

Aos meus amigos que estiveram comigo ao longo desses anos e que vou levar pra toda vida. Obrigada Rayssa Pinheiro, Andressa, Taisa, Ingridy, Ayala, Thays, Wellinton, Maxsuel, Nyedia, Sabrinna e Aninha, sem vocês tudo teria sido mais difícil.

À minha orientadora, Gabriella de Vasconcelos Neves, pela paciência, disponibilidade e por toda assistência que me deu durante o desenvolvimento desse trabalho. Agradeço imensamente por tudo, em especial, por ter sido um dos grandes exemplos de profissional e pessoa que tive a sorte de encontrar durante a graduação.

Aos professores que contribuíram com seus ensinamentos e me ajudaram a ser além de uma boa profissional, uma pessoa melhor.

A todos que passaram por mim ao longo desses anos da graduação e contribuíram com a minha formação.

## RESUMO

**Introdução:** A clínica odontológica é um ambiente que corriqueiramente pode desencadear sentimentos de medo e ansiedade nos pacientes. Quando tais sentimentos ocorrem frente à perspectiva do atendimento odontológico podem funcionar como fatores complicadores tanto para manutenção da saúde bucal dos pacientes como também para atendimento odontológico em geral, prejudicando desde o bem-estar do indivíduo até sua própria relação com o cirurgião-dentista durante o atendimento. **Objetivo:** Diante disso, o presente estudo tem como objetivo revisar a literatura pertinente em relação ao medo e ansiedade nos pacientes frente a procedimentos odontológicos. **Metodologia:** A busca dos artigos deu-se nas bases de dados Pubmed/Medline e Lilacs, utilizando os seguintes descritores: *Dental Clinics, Anxiety, Fear e Oral Health*. A pesquisa completa resultou um total de 258 artigos que foram analisados a partir da leitura dos títulos e resumos. Ao final, 39 trabalhos publicados preencheram todos critérios de elegibilidade e foram incluídos na presente revisão. **Conclusão:** Mediante este estudo, foi possível concluir que é de suma importância para o cirurgião-dentista ter conhecimento suficiente sobre a influência do medo e ansiedade no estado geral do paciente, bem como adotar as melhores manobras clínicas durante o atendimento odontológico de acordo com as necessidades de cada paciente.

**Palavras-Chave:** Clínicas Odontológicas. Ansiedade. Medo. Saúde bucal.

## ABSTRACT

**Introduction:** The dental clinic is an environment that can routinely trigger feelings of fear and anxiety in patients. When such feelings occur in front of the perspective of dental care, they can act as complicating factors for both the maintenance of oral health of patients and also for dental care in general, impairing from the well-being of the individual to his own relation with the dental surgeon during the attendance. **Objective:** In view of this, the present study aims to review the relevant literature regarding fear and anxiety in patients facing dental procedures. **Methodology:** The articles were searched in the Pubmed / Medline and Lilacs databases, using the following descriptors: Dental Clinics, Anxiety, Fear and Oral Health. The complete research resulted in a total of 258 articles that were analyzed from the reading of the titles and abstracts. In the end, 39 published papers met all eligibility criteria and were included in the present review. **Conclusion:** Through this study, it was possible to conclude that it is extremely important for the dental surgeon to have sufficient knowledge about the influence of fear and anxiety on the general state of the patient, as well as to adopt the best clinical maneuvers during dental care according to the needs of each patient.

**Keywords:** Dental Clinics. Anxiety. Fear. Oral health.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AMO	Ansiedade e Medo Odontológicos
DAS	Dental Anxiety Scale
DFS	Dental Fear Survey
MDAS	Modified Dental Anxiety Scale

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>12</b>
3.1	ANSIEDADE E MEDO .....	12
3.2	ANSIEDADE E MEDO ODONTOLÓGICOS .....	13
3.2.1	<b>Etiologia .....</b>	<b>14</b>
3.2.2	<b>Avaliação da Ansiedade e Medo Odontológicos .....</b>	<b>15</b>
3.2.2.1	Medidas de Avaliação Fisiológica .....	15
3.2.2.2	Medidas de Avaliação Comportamental .....	15
3.2.2.3	Medidas de Autoavaliação .....	16
3.2.3	<b>Impactos da ansiedade e medo odontológicos .....</b>	<b>18</b>
3.2.4	<b>Controle da ansiedade odontológica .....</b>	<b>20</b>
3.2.4.1	Sedação consciente por métodos farmacológicos .....	20
3.2.4.2	Sedação consciente por métodos não farmacológicos .....	22
<b>4.</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>24</b>
<b>5.</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>26</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>27</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O medo e a ansiedade fazem parte da evolução do ser humano como respostas a perigos ou eventos ameaçadores que ele enfrentou ao longo da sua história (GUIMARÃES et al, 2015). DeSousa et al (2013) distinguem medo e ansiedade ao considerarem a ansiedade como uma condição caracterizada por sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação diante de algum evento futuro aversivo no qual o indivíduo não pode prever ou controlar. Já o medo, os autores definem como uma resposta a um estímulo claro diante de um evento presente que provoca sentimento de forte excitação e tendência à ação, em geral, de luta ou fuga.

É natural que as pessoas desenvolvam estados de medo e ansiedade perante situações de perigo, pois esses estados as condicionam diante de tais situações (DESOUSA et al, 2013). Entretanto, quando esses sentimentos passam a ser exagerados são considerados como patológicos e interferem na qualidade de vida, no conforto emocional e desempenho diário do indivíduo (CASTILLO et al, 2000).

Na odontologia, apesar do aperfeiçoamento de técnicas e significativo progresso nos tratamentos dentais ao longo dos anos, os relatos de ansiedade e/ou medo associados a determinadas situações e procedimentos clínicos parece não ter mudado com o passar do tempo (CARVALHO et al, 2012). Do ponto de vista etiológico, a ansiedade e o medo face ao tratamento odontológico podem ocorrer nos pacientes em virtude de suas próprias lembranças de experiências odontológicas traumáticas, expectativas geradas diante relatos de experiências de outras pessoas próximas a eles ou pela insegurança ante ao desconhecido (CHAVES et al, 2006).

Segundo Ferreira et al (2004) os pacientes que apresentam sentimentos de medo e/ou ansiedade diante de tratamentos odontológicos são um desafio para o atendimento clínico, uma vez que, além de tornar-se difícil a administração desses sentimentos durante o procedimento, também dificulta o relacionamento entre paciente/profissional. Além disso, pacientes ansiosos tendem a evitar consultas odontológicas de rotina, protelando a visita ao dentista apenas quando passam a apresentar sinais e/ou sintomas clínicos como dor, edema e fistulas, o que se configura como um obstáculo na manutenção da saúde bucal desses pacientes e ocasiona evasão de cuidados dentários (NASCIMENTO, 2007).

Uma prática clínica odontológica baseada na observação não só do componente físico, mas também do componente emocional do paciente, conhecendo a influência da ansiedade e

do medo no seu estado, promove um diferencial clínico de excelência ao profissional já que o possibilita empregar as melhores condutas clínicas durante o atendimento, a fim de proporcionar um tratamento eficaz, ideal e livre de traumas para os pacientes (PEREIRA et al, 2013). Além do mais, a manutenção do controle do medo e ansiedade no atendimento odontológico também mostra-se importante para prática clínica, visto que, pacientes que não manifestam tais sentimentos tendem a sentir menos sensações dolorosas durante o atendimento e serem mais cooperativos, o que contribui para o maior conforto e segurança tanto para o paciente, quanto para o profissional, otimizando assim o atendimento odontológico (MEDEIROS et al, 2013).

Tendo em vista o impacto negativo que o medo e a ansiedade exercem sobre o atendimento odontológico e a importância do conhecimento da influência de tais sentimentos no estado do paciente, a proposta deste estudo foi revisar a literatura pertinente em relação ao medo e ansiedade em pacientes frente ao atendimento odontológico.

## 2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura na base de dados US National Library of Medicine National Institutes of Health Search database (MEDLINE – PubMed) e o LILACS. Para conduzir a pesquisa foram utilizados os descritores: Dental Clinics, Anxiety, Fear, e Oral Health, resultando um total de 258 estudos.

Os critérios de elegibilidade da busca englobaram artigos que abrangessem temas sobre o medo, ansiedade ou ansiedade e medo odontológicos, publicados na íntegra e disponíveis gratuitamente, sem restrição de ano e publicados em inglês, português e espanhol. Foram excluídos desta revisão estudos de casos clínicos, resumos e artigos com informações insuficientes sobre o tema ou cujo título não condizia com o objetivo do presente trabalho, resultando um total de 219 estudos.

Após a triagem pela leitura dos títulos e resumos, 258 estudos foram elegíveis e lidos pelos avaliadores. Ao final, 39 trabalhos publicados preencheram todos critérios de elegibilidade e foram incluídos nesta presente revisão de literatura.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 ANSIEDADE E MEDO

O medo é um sentimento de temor ou estado emocional de alerta que o indivíduo sente em relação a algo externo que representa para ele um perigo real e uma ameaça a sua integridade física ou psicológica (MEDEIROS et al, 2013). Quando esse perigo é reconhecido, desencadeia-se uma série de respostas comportamentais e neurológicas no indivíduo que vêm acompanhadas de uma experiência desagradável. Quando o perigo não é evidente, desencadeia-se o estado de apreensão, verificando-se então a ansiedade, que é um sentimento que não pode ser controlado ou interrompido, que agrava o sofrimento psicológico causado pela dor e que vem acompanhada de sentimentos de desassossego, tensão e medo (KANEGANE et al, 2003).

Com base em sua relação temporal com o evento aversivo, a ansiedade também pode ser caracterizada como uma antecipação de uma futura ameaça deste evento e o medo como uma resposta à ameaça e ao evento presente (DINIZ et al, 2012). Estudos mostram que os sintomas mais relacionados a ansiedade são: sensação de frio na barriga, taquicardia, sudorese, náuseas, tonturas, palpitações, tremores visíveis, tremores das mãos, pontadas no peito, sensação de fraqueza, diarreias, sensação de alfinetadas nos dedos dos pés e das mãos e ao redor da boca, podendo ocorrer também a síndrome da hiperventilação (PEREIRA et al, 2013; SILVA, 2012; LOPES, 2009).

Tanto o medo quanto a ansiedade são estados modificáveis por fatores ambientais que, por sua vez, podem aumentar ou diminuir tais estados, podem fazer aparecê-los, como nas situações traumáticas ou ainda podem mantê-los para além dos períodos normalmente esperados (BAPTISTA, CARVALHO E LORY, 2005). Segundo Marques, Gradwohl e Maia (2010) o que vai determinar a reação de ansiedade no indivíduo é o grau de intensidade que alguns fatores internos acontecem, como suas experiências anteriores, ideias e fantasias pessoais vividas. Logo, dependendo disso, a ansiedade pode manifestar-se por um estado de inquietação que pode aumentar progressivamente.

Do ponto de vista histórico, o medo e a ansiedade fazem parte do processo evolutivo da humanidade e de sua herança biológica, pois foram através de situações ameaçadoras de perigo vividas por seus ancestrais que se deu evolução da psique humana. Nesse sentido, os comportamentos instintivos e de precaução que precedem à ansiedade contemporânea tem suas

raízes nas condições de vida primitiva dos seus ancestrais (LEAHY, 2011; PEREIRA et al, 2013).

Para Coutinho, Dias e Bevilaqua (2013) a teoria de Darwin norteia a forma na qual a psicologia evolucionista entende os fatores comportamentais e psicológicos, dentre esses, a ansiedade é vista como um conjunto de respostas comportamentais, endócrinas e fisiológicas, que foram selecionadas ao longo da história evolutiva por sua função adaptativa de proteção contra situações potencialmente ameaçadoras.

Portanto, o medo e ansiedade são condições essenciais e naturais à vida humana que em determinados níveis, são considerados um fenômeno adaptativo, funcionam como alarmes e são responsáveis por preparar o indivíduo para momentos de perigos e ameaças. Contudo, a ansiedade quando manifestada em níveis intensos e de forma exagerada, pode provocar um impacto negativo ao bem-estar do indivíduo, caracterizando-se assim o seu aspecto patológico que, por sua vez, manifesta-se através do grau de dificuldade do indivíduo em lidar com seus medos, de prejuízos individuais, sociais e afetivos, em diversos contextos e do aumento do seu sentimento de desconforto (DESOUSA et al, 2013).

### 3.2 ANSIEDADE E MEDO ODONTOLÓGICOS

Na odontologia, embora seja inegável seu enorme progresso e avanço tecnológico em diversos aspectos, ainda é corriqueiro o aparecimento de pacientes que demonstram sentimentos de medo e/ou ansiedade diante da perspectiva ou em relação ao tratamento clínico. Esta situação pode ser considerada uma herança de épocas remotas onde as práticas clínicas odontológicas eram baseadas apenas numa abordagem curativista que predominavam os procedimentos invasivos, principalmente as exodontias. Tais práticas ainda eram associadas a uma precariedade nos aspetos técnicos, estruturais e materiais, nas abordagens e relação profissional/paciente, o que culminava em procedimentos longos e dolorosos (SILVA, 2012; LOPES, 2009; KANEGANE et al, 2009).

Hoje, o medo e a ansiedade frente a tratamentos odontológicos são considerados como uma das situações mais frequentemente vivenciadas na odontologia (FERREIRA et al, 2004). A intensidade da Ansiedade e Medo Odontológicos (AMO) pode variar de um paciente para outro e em função de determinado procedimento. É necessário destacar, em especial, os casos patológicos, onde a ansiedade e o medo demonstrados são excessivos, desmoderados que ultrapassam as reações fisiológicas do organismo e afetam a qualidade de vida do indivíduo (CASTILLO et al, 2000). Para Ferreira et al (2004) a pouca investigação sobre a AMO no

Brasil, além de promover uma falta de informações a respeito do tema, também faz com que os profissionais da área não deem a real importância para este assunto na odontologia.

### **3.2.1 Etiologia**

A AMO tem sido associada a uma etiologia multifatorial que envolve desde aspectos internos do indivíduo, o ambiente em que ele vive até a própria situação durante o atendimento odontológico (CHAVES et al, 2006). Segundo Silva (2012) essa variedade de fatores é resultante de uma diversidade de pacientes com personalidades únicas, com experiências, vivências, sensações, expectativas e aspirações próprias.

A literatura relaciona, em especial, a AMO à experiências anteriores negativas vividas pelo indivíduo como um fator determinante (MARQUES, GRADVOHL, MAIA, 2010). Além disso, Nathan (2001) atribuiu que as crenças que a maioria dos pacientes ainda carregam, principalmente como a que o tratamento odontológico lhes causará algum tipo de dor ou desconforto, influência diretamente no seu comportamento diante dos tratamentos odontológicos. Para Medeiros et al (2013) as experiências odontológicas podem acontecer de forma direta, ou seja, quando o próprio indivíduo vive a experiência traumática ou de forma indireta, quando indivíduos próximos a ele relatam sobre o atendimento sempre associado a processos que envolvem dor.

Ainda sobre o ponto de vista etiológico e relacionando a AMO à fatores predisponentes. Carvalho et al, (2012) objetivaram associar cada um dos seguintes fatores: gênero, procedência, grau de escolaridade, renda familiar, experiência odontológica anterior e higiene oral diária à ocorrência de AMO em brasileiros e mostraram que fatores como a baixa frequência de higiene oral, o motivo ou a queixa principal da visita odontológica e a experiência de odontalgia foram encontrados para serem variáveis significantes para ocorrência de AMO. Os autores sugeriram ainda que além da falta de recursos econômicos, o descaso com a saúde bucal, o gênero e a idade podem aumentar o grau de ansiedade. Resultados divergentes foram encontrados no estudo de Ferreira et al, (2004), onde relatam não haver diferença estatisticamente significativa dos níveis de ansiedade entre as populações de maior e menor renda nem tampouco entre as populações de grau de escolaridades diferentes.

Segundo Silva (2012) outros fatores, como: a situação emocional na qual o paciente se encontra, o ambiente da sala de espera no consultório, o tempo de espera por parte do paciente até o início do atendimento clínico e o tipo de relação dentista/paciente também podem influenciar a AMO.

### 3.2.2 Avaliação da Ansiedade e Medo Odontológicos

De acordo com Humphris e Ling (2000) os instrumentos de medida da AMO podem ser divididos em três categorias: medidas de avaliação fisiológica, de avaliação comportamental e de autoavaliação.

#### 3.2.2.1 Medidas de Avaliação Fisiológica

As medidas de avaliação fisiológica fornecem dados através da monitorização de parâmetros fisiológicos como atividade e ritmos cardíacos, tensão arterial, frequência respiratória, temperatura cutânea, fluxo sanguíneo cutâneo, entre outros (HUMPHRIS E LING, 2000).

As principais desvantagens relacionados a estes instrumentos de medida são os custos, a complexidade de manuseamento de determinados parâmetros e dificuldades de registro de dados que lhes são inerentes. Além disso, o monitoramento pode influenciar as pessoas de modo que estas podem tentar se controlar efetuando medições em situações de relaxamento. Mas ainda, a própria monitorização pode ser indutora de stress, visto que, as alterações detectadas pelos instrumentos podem ser causadas por alterações emocionais, tais como: hostilidade, aversão ao uso de eletrodos e vergonha (LOPES, 2009).

#### 3.2.2.2 Medidas de Avaliação Comportamental

As medidas de avaliação comportamental são mais frequentemente utilizadas em crianças diante do tratamento odontológico. O princípio que está subjacente a esta abordagem é porque as crianças demonstram a sua ansiedade, através do comportamento não cooperante que é um indicador de uma situação emocional negativa. Já os adultos são mais conscientes perante situações emocionais negativas, onde refugiam-se e sofrem em silêncio (SILVA et al, 2012).

Para Lopes et al (2009) os comportamentos considerados indicadores de ansiedade são o choro, a postura rígida, os movimentos grosseiros do corpo e o afastamento de instrumentais odontológicos. Porém, ressalta que alguns pacientes são capazes de controlar suas emoções e comportamentos de forma a parecerem relaxados.

As medidas de avaliação comportamental apresentam desvantagens baseadas na dificuldade na sua aplicação nos consultórios, a frequente diferença entre observadores no reconhecimento e registro de comportamentos negativos na clínica e a ausência de uma relação restrita e explícita entre comportamentos aversivos e outras medidas de ansiedade (SILVA, 2012).

### 3.2.2.3 Medidas de Autoavaliação

Já as medidas de autoavaliação baseiam-se na aplicação de entrevistas ou questionários e tem como vantagem o fato de que os dados podem ser colhidos e analisados de forma relativamente rápidos. Por questões de facilidade de aplicação, de objetividade de medição, de quantificação de dados e de comparabilidade das medidas, os questionários psicométricos da ansiedade dentária têm sido amplamente estudados e desenvolvidos (LOPES, 2009). Dentre os questionários mais utilizados na literatura revisada estão: *Dental Anxiety Scale* (DAS), *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS) e *Dental Fear Survey* (DFS).

#### ***Dental Anxiety Scale* (DAS)**

A *Dental Anxiety Scale* (DAS) foi desenvolvida originalmente por Corah em 1969 e tem como finalidade a avaliação e mensuração da ansiedade odontológica. A escala é constituída de quatro perguntas, cada uma delas representa uma situação relacionada com a consulta odontológica. As respostas são direcionadas e fechadas, onde é solicitado ao paciente que assinie a opção mais semelhante ao seu comportamento em cada situação (PEREIRA et al, 2013).

Hu, Gorenstein e Fuentes (2007) estudaram sobre a versão em português da escala de ansiedade odontológica de Corah, e mostraram que a escala possui confiabilidade teste-reteste, boa consistência interna e que apresenta-se como ferramenta útil para avaliar os níveis de ansiedade odontológica.

#### ***Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS)**

A *Dental Anxiety Scale* (DAS) não incluí nenhuma questão sobre anestesia local, que é um estímulo potencialmente ansiógeno, então foi modificada por Humphris et al, (1995) onde acrescentaram uma pergunta referente ao tema. Logo, a *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS)

possui cinco questões, cujas respostas possíveis compreendem cinco alternativas (KANEGANE et al, 2003).

A introdução deste quinto item referente à aplicação de anestesia local injetável, além de expandir a definição operacional de ansiedade dentária, também aumentou a escala, que passou a variar de 5 (ansiedade baixa) a 25 (ansiedade alta), tentando aumentar a sua capacidade discriminativa. Além disso, outra alteração é a modificação no formato das respostas, que foi uniformizado para todos os cinco itens, numa escala de cinco pontos que varia entre o 1 “nada ansioso” e o 5 “extremamente ansioso” (LOPES, 2009).

Alguns estudos após análises da escala MDAS mostraram que ela possui boa consistência interna, boa validade e fidedignidade (KAGENANE et al, 2003; LOPES, 2009).

### ***Dental Fear Survey (DFS)***

O *Dental Fear Survey* (DFS) é uma escala criada originalmente por Kleinknecht et al, (1973) a qual busca avaliar o medo diante de diversas situações durante a consulta odontológica. A escala é composta de por vinte questões distintas e relacionadas ao tratamento odontológico, as quais abordam detalhadamente, o ato de evitar a consulta, a auto percepção do paciente em relação a sintomas fisiológicos durante a consulta e a avaliação de sentimentos de medo, ansiedade ou desconforto relacionados com estímulos e situações específicos da consulta. Esta escala ainda traz uma classificação geral do medo sentido pelo paciente diante da consulta odontológica (FERREIRA, MANSO E GAVINHA, 2008).

Lopes et al (2004) avaliaram as propriedades psicométricas da versão em português da DFS e confirmaram a capacidade da escala em avaliar o medo, assim como a capacidade de discriminar a proximidade de estímulos relacionados com a consulta odontológica. Os autores concluíram também que tanto a MDAS quanto o DFS são instrumentos válidos e fidedignos, podendo, após estudos futuros, ter aplicações práticas na clínica e em investigação, bem como em saúde pública, nomeadamente no rastreio da ansiedade dentária.

### 3.2.3 Impactos da Ansiedade e Medo Odontológicos

A AMO funcionam como uma barreira para manutenção da saúde bucal, provocando evasão de cuidados dentários (CHAVES et al, 2016). Para Kanegane et al (2003) normalmente os pacientes ansiosos esperam longos períodos de tempo para marcar uma consulta ao dentista ao mesmo tempo que frequentemente a cancelam. Os autores revelaram ainda que o medo é uma das principais causas da falta de procura ao serviço odontológico.

No estudo realizado por Ferreira et al, (2004) observou-se diferenças entre indivíduos normais e ansiosos frente ao tratamento odontológico, pois os pacientes ansiosos relataram evitar mais frequentemente o tratamento odontológico em relação aos pacientes normais. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Rosa e Ferreira (1997), os quais afirmaram que a condição bucal deficiente dos pacientes pode estar associada a menor frequência de visitas ao dentista em decorrência de possíveis eventos de medo e/ou ansiedade frente ao tratamento odontológico.

Já para Murrer, Fransico e Endo (2014) ao avaliarem a prevalência de ansiedade e medo nos pacientes que procuram tratamento emergencial odontológico, relataram que os pacientes demoraram geralmente dois dias após o início dos sintomas para procurar atendimento odontológico de urgência. Dos pacientes que relataram ansiedade, apenas 7 procuraram atendimento imediato, e 3 relataram medo moderado a severo. Os autores associaram essa demora na busca por atendimento à tentativa dos pacientes em eliminar a dor através de automedicação sistêmica.

Silva (2012) descreveram a AMO como um ciclo vicioso, no qual o comportamento do paciente baseado no medo e ansiedade pode conduzi-lo ao evitamento da consulta, o que o trará inevitáveis consequências na prevenção e manutenção da sua saúde bucal. Este fato, virá a refletir certamente não só na sua saúde bucal, mas também no seu bem-estar psicológico, social e na sua qualidade de vida, repercutindo-se assim novamente na AMO.

Possobon et al (2007) sintetizam este ciclo afirmando que o medo conduz o paciente a evitar consultas odontológicas o que, por consequência, agrava sua saúde oral e faz com que o indivíduo necessite de tratamentos mais complexos, invasivos e com maior potencial de dor. Tal situação, aumentará a ansiedade em relação ao tratamento odontológico, fazendo com que o paciente evite ainda mais as consultas e submeta-se ao tratamento odontológico apenas quando a sintomatologia de dor tornar-se insuportável.

Chaves et al (2006) acrescentaram, também, que a AMO torna-se um problema para os pacientes que necessitam de tratamento odontológico, pois estes, além de protelar ou evitar o tratamento, só voltam a procurá-lo apenas quando apresentam sinais e/ou sintomas clínicos graves como dor, edema, fístulas.

A AMO traz não só impactos na vida individual do paciente, como perturbações do sono, baixa autoestima e distúrbios psicológicos, como também no seu tratamento odontológico em geral, como mostra no estudo de Ferreira et al, (2004) onde relataram que níveis altos de ansiedade traz consequências desfavoráveis para o tratamento odontológico tais como prejuízo na relação profissional/paciente, dificuldade do condicionamento e cooperação do paciente durante o tratamento, tornando assim um problema relevante para profissionais da odontologia. Segundo Nascimento (2007), dificuldades no relacionamento profissional/paciente, pode-se atribuir, muitas vezes, a inabilidade e falta de manejo correto do cirurgião-dentista em atender pacientes com alto grau de ansiedade e/ou medo.

No estudo de Andrade e Ranali (2004), boa parte dos casos emergenciais que ocorreram nas clínicas odontológicas dos Estados Unidos sugerem estar associados à falta de controle das emoções dos pacientes, antes e durante o atendimento, induzindo a quadros de lipotimia, síncope vaso depressora, hiperventilação e alterações cardiovasculares.

Possobon et al (2007) descrevem a odontologia como sendo uma área sujeita a uma grande quantidade fatores estressantes como a dificuldade em lidar com o paciente ansioso que, em especial, pode levar à exaustão cirurgião-dentista. Ressaltam ainda a importância do profissional em estar atento não somente aos aspectos técnicos da prática odontológica, mas também aos efeitos desta prática sobre o repertório de comportamentos do paciente, dos acompanhantes e sobre si mesmo.

Abaixo, um quadro esquematizado com os impactos causados pela AMO e suas respectivas características, ambos citados e associados por Silva (2012).

Impacto fisiológico	Sensação de frio na barriga, taquicardia, sudorese, náuseas, tonturas e palpitações podem ocorrer com maior ou menor intensidade no dia ou na véspera da consulta, na sala de espera ou no consultório.
---------------------	---

Impacto cognitivo	Sentimentos negativos, baixa autoestima e pensamentos disfuncionais.
Impacto comportamental	Modificação de comportamentos, como diminuição do consumo de alimentos duros por diminuição da capacidade de mastigação, diminuição do consumo de alimentos frios por sensibilidade dentária, melhora na higiene oral para evitar tratamentos dentários, recorrer à automedicação em dores agudas para evitar a atendimento e o consultório dentário
Impacto social	Impacto no trabalho ou em qualquer âmbito da sua vida social, seja por uma dor que possa incapacita-lo, por um aspeto físico e visual desdentado, alteração da fala por falta de dentes, vergonha e inferioridade.
Impacto com a saúde	Problemas e perturbações do sono como insónias e pesadelos antes da consulta.

### 3.2.4 Controle Da Ansiedade e Medo Odontológicos

A sedação consciente é considerada um método efetivo no controle da ansiedade por produzir mínima alteração do estado de consciência do paciente, não afetando sua capacidade de respirar de forma voluntária e de responder à estímulos físicos e verbais. Este método pode ser obtido através de meios farmacológicos e não-farmacológicos (CAGO et al, 2006).

#### 3.2.4.1 Sedação consciente por métodos farmacológicos

A sedação consciente feita através de meios farmacológicos pode ser realizada de duas formas: por via oral, com a administração de medicamentos ansiolíticos ou por via inalatória, com a administração de mistura dos gases óxido nitroso e oxigênio (GAUDERETO et al, 2008).

Para Cago et al (2006) é crescente o número de profissionais na odontologia que utilizam os meios farmacológicos de sedação consciente com a intenção de visibilizar uma melhora na sua relação com paciente e permitir a condução o procedimento de forma tranquila, sem interrupções e com maior conforto do paciente.

Os ansiolíticos são medicamentos que têm como objetivo a redução da ansiedade, dentre esses, a classe dos benzodiazepínicos está entre as drogas mais largamente prescritas e empregadas em todo o mundo (GAUDERETO et al, 2008). Estes, constituem a principal modalidade terapêutica para o tratamento de distúrbios relacionados à ansiedade devido a sua grande eficácia, relativa seletividade de efeitos, baixa toxicidade e pouca capacidade de produzirem dependência (TEIXEIRA E QUESADA, 2004; CAGO et al, 2006).

Entretanto, estudos mostram que o emprego dos benzodiazepínicos constituem-se como conduta terapêutica coadjuvante, tendo em vista que esta classe de medicamentos não cura, apenas trata os sintomas da ansiedade, permitindo uma melhor adaptação e bem-estar do paciente ao tratamento odontológico. Diante disso, a abordagem psicológica deve ser sempre considerada a primeira opção para o controle da ansiedade (TEIXEIRA E QUESADA, 2004; GAUDERETO et al, 2008; SILVA, 2012).

Na odontologia, o uso da técnica de sedação consciente inalatória, pela mistura de óxido nítrico (N<sub>2</sub>O) e oxigênio (O<sub>2</sub>) foi regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) em 2004 e vem crescendo nos últimos anos de forma gradual entre os profissionais da área por sua importante função no controle da ansiedade odontológica (GAUDERETO et al, 2008).

Esta técnica pode ser empregada em praticamente todos os procedimentos clínicos e em todas as especialidades odontológicas, não oferecendo riscos e efeitos colaterais ao paciente comuns aos ansiolíticos orais desde que aplicada e indicada de forma correta (GAUDERETO et al, 2008). Estudos mostram que a técnica promove uma recuperação rápida, sem efeito residual na capacidade psicomotora do paciente, sendo ideal para o uso em consultórios odontológicos (MALAMED, 2003; YAGIELA, NIEDLE E DOW, 2000).

Para Cago et al (2006) a sedação consciente por uso de óxido nítrico possui algumas vantagens com relação ao uso dos benzodiazepínicos, por proporcionar um rápido início de ação e pela dosagem ser obtida de forma incremental. Entretanto, esta técnica não substitui a anestesia local, apenas ajuda a manter o paciente relaxado durante o procedimento. Além disso, a habilitação para o emprego dessa técnica e a aquisição dos equipamentos e acessórios exigem um investimento considerável por parte do profissional.

### 3.2.4.2 Sedação consciente por métodos não farmacológicos

Com relação às abordagens não farmacológicas, as técnicas mais encontradas na literatura e mais importantes no controle da ansiedade do paciente odontológico, são: verbalização, técnicas de relaxamento, hipnose, distração e as técnicas comportamentais e psicológicas (GAUDERETO et al, 2008; SILVA, 2012; LOPES 2009).

Para Silva (2012) apesar de exigir muita habilidade no uso das palavras, gestos, olhares e expressões corporais, uma comunicação adequada, com suporte verbal e cercada de atitudes que demonstrem segurança e tranquilidade faz-se importante na redução da ansiedade e é uma estratégia utilizada frequentemente. Segundo ele, o controle da ansiedade odontológica inicia-se na avaliação clínica e anamnese, onde o profissional deve conhecer o seu paciente, avaliar o seu perfil psicológico, estabelecer uma relação de confiança e, quando julgue necessário, aplicar algum instrumento psicométrico para melhor planejar o atendimento.

Para Bottan et al (2007) o cirurgião-dentista deve enxergar o paciente como um todo, como sujeito que possui temores, esperanças e não se limitar à execução do tratamento bucal, procurando também incluir a identificação de situações geradoras de ansiedade para o paciente e a investigação de suas possíveis origens. A partir disso, o cirurgião-dentista pode desmistificar o tratamento odontológico, modificando conceitos negativos de experiências anteriores e então reduzir o clima de ansiedade do paciente. Além disso, a relação profissional/paciente pode ser melhorada com a empatia do profissional diante do paciente, com respeito às suas queixas e sentimentos e pela exposição clara dos procedimentos que serão realizados (MORAIS, 2003).

Segundo Oliveira (2009) a hipnose apresenta-se como uma técnica psicoterapêutica considerada um método importante para relaxamento. Entretanto, como para sua realização é necessário formação específica e tempo dispendido esta técnica só é considerada, muitas vezes, em último recurso para pacientes que apresentam sintomas psiquiátricos e com necessidades já referenciadas por médicos psiquiátricos ou psicólogos

Para Silva (2012) o ambiente do consultório, por si só, possui elementos ansiogênicos como o instrumental, cadeira, equipamentos, sons e odores. Logo, o disfarce desses elementos num ambiente clínico mais descontraído para o paciente, com a disposição de livros, revistas, quadros, ausência de barulhos, com cheiros que disfarçam característicos odores de materiais odontológicos e som ambiente favorece um estado de tranquilidade e bem-estar para o paciente.

Segundo Gaudereto et al (2008) a musicoterapia como ferramenta auxiliar em odontologia apesar de ser pouco conhecida, quando aplicada com técnica correta, representa

uma importante ferramenta para promover distração e relaxamento no consultório odontológico.

De modo geral, Hmud e Walsh (2007) mostraram em seu estudo uma série de medidas que podem ser tomadas pelo cirurgião-dentista após a identificação de um paciente ansioso, tais como: utilizar técnicas de distração (música, tv), anestésiar de forma mais eficiente ou utilizar métodos complementares como o anestésico tópico, minimizar possíveis fatores que provoquem ansiedade no paciente (evitar modificar a disposição dos objetos na sala, cobrir os instrumentais para que os pacientes não os veja, utilizar difusores de ambientes perfumados para então reduzir o aroma clínico), se necessário, utilizar sedação usando agentes farmacológicos e encaminhamentos de tais pacientes para outros profissionais como psicólogos e psiquiatras.

#### 4. DISCUSSÃO

O medo e a ansiedade se fazem presentes ao longo dos anos na prática clínica odontológica e permanecem como um obstáculo significativo para manutenção da saúde bucal. Afim de avaliar a prevalência de medo e ansiedade dos pacientes frente ao atendimento odontológico, Pereira et al, (2013) mostraram que 98,3% desses pacientes apresentaram algum nível de AMO. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Chaves et al, (2006) no qual também foi encontrado alta prevalência de AMO. Em contraponto, Murrer, Francisco e Endo (2014), Nascimento (2007) e Kanegane et al, (2006) encontraram uma prevalência relativamente baixa, variando entre 12,6% a 28,3% (ansiedade) e entre 6,3% a 17,3% (medo).

Quando relacionado a AMO com variáveis socioculturais, em especial, ao gênero, diversos estudos mostraram que o sexo feminino possuiu uma maior prevalência de AMO em comparação ao sexo masculino. Alguns autores associaram este fato à maior busca das mulheres por atendimento odontológico em comparação com os homens e então, por consequência maior prevalência de mulheres nos consultórios (CARVALHO et al, 2011; NASCIMENTO, 2007; MURRER, FRANCISCO E ENDO, 2014; CHAVES et al, 2006). Já o estudo de Pereira et al, (2013) mostrou que não houve diferença significativa de AMO entre ambos os sexos.

Em relação a idade, Kanegane et al, (2003), Chaves et al, (2006) e Pereira et al, (2013) relataram que não houve influência da idade no grau de medo e ansiedade dos pacientes, diferente de Humphris et al, (2009) e Carvalho et al, (2011) que mostraram que os jovens apresentaram-se relativamente mais ansiosos durante os procedimentos odontológicos. Os autores atribuíram ainda este fato à falta de experiência prévia do atendimento odontológico e conseqüentemente menor conhecimento do mesmo, gerando maior ansiedade por antecipação do evento.

Relacionando a renda e escolaridade à AMO há divergências entre os estudos, pois Pereira et al, (2013), Chaves et al, (2006) e Ferreira et al, (2004), relataram não haver diferenças estatisticamente significantes entre as populações de maior e menor renda nem tampouco entre as populações de grau de escolaridades diferentes. Já Carvalho et al, (2011), afirmaram que a falta de recursos econômicos e menor escolaridade podem aumentar o grau de medo e ansiedade no indivíduo.

Quanto à frequência de visita ao dentista, para Ferreira et al, (2004) os pacientes ansiosos evitaram frequentemente o tratamento odontológico, independentemente do seu nível social ou escolaridade. Carvalho et al, (2011) também mostraram que pacientes mais ansiosos

demoraram mais tempo para ir ao dentista, indo apenas quando sentiam dor. Resultados diferentes foram obtidos por Pereira et al, (2013) que afirmaram que a frequência de consultas ao dentista não estava relacionada com o nível de ansiedade dos pacientes.

Com relação à variação do nível de AMO associado ao tipo de procedimento clínico executado, alguns estudos mostraram que o nível de medo e ansiedade dos pacientes aumentou de acordo com a complexidade dos procedimentos odontológicos a serem realizados, dentre esses, a anestesia e o motor de alta rotação foram os mais citados, como as situações que mais provocaram ansiedade para os pacientes (CARVALHO et al, 2011; KANEGANE et al, 2006; PEREIRA et al, 2013). Tal situação mostra que apesar dos avanços tecnológicos na odontologia, ainda há instrumentos como esses que são indispensáveis para maioria dos procedimentos clínicos odontológicos, mas ainda causam certo desconforto ao paciente (PEREIRA et al, 2013).

Sobre os métodos de avaliação dos níveis de AMO, a maioria dos trabalhos na literatura estudada utilizaram os métodos de autoavaliação para sua mensuração, dentre estes, Pereira et al, (2013); Carvalho et al, (2011) e Ferreira et al, (2004) utilizaram a DAS. Já Kanegane et al, (2006); Silva (2012) e Lopes (2009) utilizaram a MDAS e DFS. A respeito dessas escalas, alguns estudos ao avaliarem suas propriedades psicométricas, afirmam ainda sobre a capacidade delas em diagnosticar o estado de medo e ansiedade dos indivíduos mediante o tratamento odontológico (HU, GORENSTEIN E FUENTES, 2007; LOPES, 2009; KAGENANE et al, 2003).

Em suma, Carvalho et al (2011) traçaram um perfil através de variáveis significantes para aumento de nível de medo e ansiedade: Mulheres, idade superior a 20 anos, não possuir acesso à internet e/ou jornais, baixa frequência de higiene oral, motivo da consulta odontológica, e experiência de odontalgia. Os autores sugeriram que além da falta de recursos econômicos, o descaso com a saúde bucal, o gênero e a idade podem aumentar o grau de ansiedade.

## 5. CONCLUSÃO

A maioria dos estudos verificaram que a ansiedade e o medo fazem parte do cotidiano de muitos pacientes que estão diante de algum tratamento odontológico. Dependendo dos níveis de intensidade destes sentimentos, esta situação pode torna-se patológica, prejudicando o tratamento odontológico em geral.

Portanto, a investigação por parte dos cirurgiões-dentistas dos níveis de medo e ansiedade dos seus pacientes e o conhecimento da influência que tais sentimentos podem trazer não só para o atendimento clínico no geral, mas para o bem estar do paciente é uma importante estratégia a ser considerada para pratica clínica odontológica, pois visa amenizar ou abolir os sentimentos de medo e ansiedade, promovendo assim, uma melhoria no atendimento odontológico, bem como na qualidade de vida do paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAPTISTA, A; CARVALHO, M; LORY, F. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. **Psicologia**, v. 19, n.1-2, p. 267-277, 2005.

BOTTAN, E. R; OGLIO, J. D; ARAÚJO, S. M. Ansiedade ao Tratamento Odontológico em Estudante do Ensino Fundamental. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 7, n. 3. p. 241-246, 2007.

CAGO, K. et al. Sedação consciente com benzodiazepínicos em odontologia. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 18, n. 2, p. 181-188, 2006.

CARVALHO, R. W. F. et al. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores predictores em brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.7, p.1915-1922, 2012.

CASTILLO, A. R. GL. et al. Transtornos de ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.22, n.2, p. 20-23, 2000.

CHAVES, A. M. et al. Estudo epidemiológico da ansiedade dos pacientes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 35, n.4, p.263-68,2006.

CORAH, N. L. Development of a dental anxiety scale. **Journal of Dental Research**, v. 48, n.4, p. 596, 1969.

COUTINHO, F. C; DIAS, G. P; BELIVAQUA, M. C. N. História. In: NARDI, A. E; QUEVEDO, J; SILVA, A. G. **Transtorno de ansiedade social – teoria e clínica**. São Paulo: ARTMED, 2014. p. 17-26.

DESOUSA, D. A. et al. Revisão sistemática de instrumentos para avaliação de ansiedade na população brasileira. **Avaliação Psicológica**, v.12, n.3, p. 397-410, 2013.

DINIZ, J. B. et al. Desenhando as novas fronteiras para a compreensão do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão de sua relação com o medo e a ansiedade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 34, n.1, p. 81-103, 2012.

FERREIRA, C. M. et al. Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.17, n.2, p. 51-55, 2004.

FERREIRA, M; MANSO, M. C; GAVINHA, S. Ansiedade e fobia dentária, avaliação psicométrica num estudo transversal. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v.49, n. 2, p.77-85, 2008.

GAUDERETO, O. T. et al. Controle da ansiedade em Odontologia: enfoques atuais. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 65, n. 1, p. 118-121, 2008.

GUIMARÃES, A. M. V. et al. Transtornos de ansiedade: um estudo de prevalência sobre as fobias específicas e a importância da ajuda psicológica. **Ciências Biológicas e da Saúde**, v.3, n.1, p. 115-128, 2015.

HMUD, R; WALSH, L. J. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. **International Dentistry African Editions**, v. 9, p.48-58, 2007.

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.

HUMPHRIS, G. M; LING, M. **Behavioural Sciences for Dentistry**. London: Churchill Livingstone, 2000.

HUMPHRIS, G; MORRISON, T; LINDSAY SJE. The Modified dental anxiety scale: validation and United Kingdom norms. **Community Dent Health**, v. 12, n.3, p. 143-150, 1995.

KANEGANE, K. et al. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.6, p. 786-92, 2003.

KANEGANE, K. et al. Ansiedade ao tratamento odontológico no atendimento de rotina. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.45, n.2, p.111-114, 2006.

KLEINKNECHT, R. A. et al. Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. **The Journal of the American Dental Association**, v.108, p. 59-61, 1984.

KLEINKNECHT, R. A; KLEPAC, R. K; ALEXANDER, L. D. Origins and characteristics of fear of dentistry. **The Journal of the American Dental Association**, v. 86, p. 842-848, 1973.

LEAHY, R. L. **Livre de ansiedade**. 1ª edição, PAGINAS TIRADAS, São Paulo: ARTMED, 2011.

LOPES, P. N. et al. Psicometria da ansiedade dentária: avaliação das características psicométricas de uma versão portuguesa do dental fear survey. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v.45, n.3, p. 133-146, 2004.

LOPES, P. N. R. M. **Ansiedade em medicina dentária**: validação de versões portuguesas do “dental fear survey” e do “modified dental anxiety scale” em estudantes do ensino superior. Badajoz: Universidade de Extremadura, 2009. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor.

MALAMED, S. F. **Sedation: a guide to patient management**. St. Louis: Mosby, 2003.

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

MEDEIROS, L. A. et al. Avaliação do grau de ansiedade dos pacientes antes de cirurgias orais menores. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 45, n.5, p.357-363, 2013.

MORAIS, E. R. B. O medo do paciente ao tratamento odontológico. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do RGS**, v. 44, n. 1, p. 39-42, 2003.

MURRER, R. D; FRANCISO, S. S; ENDO, M. M. Ansiedade e medo no atendimento odontológico de urgência. **Revista Odontológica Brasil Central**, v.23, n.64, p. 1981-3708, 2014.

NASCIMENTO, D. L. **Avaliação da ansiedade e medo do tratamento odontológico em usuários do serviço público**. Recife: Universidade Feral de Pernambuco, 2007. Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre.

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.

OLIVEIRA, P. J. P. **Influência do Espaço do Consultório Dentário na Ansiedade dentária**: Uma reflexão. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2009. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Licenciatura.

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.

POSSOBON, R. F. et al. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. **Psicologia em Estudo**, v.12, n.3, p.609-616, 2007.

ROSA, A. L; FERREIRA, C. M. Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 54, p. 171-174, 1997.

SILVA, A. C. M. **Medo e Ansiedade Dentária: uma realidade**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2012. Tese apresentada para obtenção do grau de mestre.

TEIXEIRA, T. F; QUESADA, G. A. T. Terapia ansiolítica para pacientes odontológicos. **Saúde**. v. 30, n.1-2, p.100-103, 2004.

YAGIELA, J. A; NIEDLE, E. A; DOW, F.J. **Farmacologia e Terapêutica para Dentistas**. 6ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.