BRAZILIAN JOURNAL OF IMPLANTOLOGY AND HEALTH SCIENCES

ISSN 2674-8169

ESTUDO DA INFLUÊNCIA DE FATORES PSICOLÓGICOS NO MANEJO DA DOR E DA ANSIEDADE NAS CIRURGIAS ODONTOLÓGICAS

Eduardo Moura Mendes [1], Marcela Elisa Souza Lopes [2]

https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n11p1443-1473
Artigo recebido em 9 de Outubro e publicado em 19 de Novembro de 2025

ARTIGO ORIGINAL DE PESQUISA

RESUMO

A ansiedade odontológica é um fenômeno global que afeta indivíduos de todas as idades, impactando negativamente a saúde bucal e a qualidade de vida. Cirurgias odontológicas, especialmente extrações dentárias, estão entre os procedimentos que mais desencadeiam ansiedade e medo nos pacientes. A dor, embora subjetiva, é frequentemente associada a fatores psicológicos, como ansiedade, criando um ciclo vicioso que pode agravar a experiência do paciente. Tradicionalmente, o manejo da dor e da ansiedade tem focado em abordagens farmacológicas, como analgésicos e sedação, mas estratégias psicológicas, como distração, reforço positivo e dessensibilização sistemática, têm ganhado destaque. Este estudo tem como objetivo avaliar a influência de fatores psicológicos no manejo da dor e ansiedade em cirurgias odontológicas. Trata-se de um estudo transversal, observacional e descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa. A amostra será não probabilística, composta por pacientes maiores de 18 anos submetidos a cirurgias odontológicas, que concordarem em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os dados serão coletados por meio de questionários baseados na Escala de Ansiedade Odontológica de Corah, aplicados antes dos procedimentos cirúrgicos. A análise estatística incluirá frequências, médias e desvio padrão, com nível de significância de 5%. Variáveis como idade, gênero, trauma anterior e escolaridade serão consideradas. Este estudo contribuirá para a elaboração de protocolos personalizados, combinando abordagens psicológicas e farmacológicas, visando um manejo mais eficaz da dor e ansiedade em cirurgias odontológicas. Os resultados poderão ser aplicados na prática clínica, promovendo um atendimento mais humanizado e menos estressante para os pacientes.

Palavras-chave: Ansiedade, Dor, Cirurgia odontológica, Estresse, Manejo da Dor

Study of the influence of psychological factors on the management of pain and anxiety in dental surgeries.

ABSTRACT

Dental anxiety is a global phenomenon affecting individuals of all ages, negatively impacting oral health and quality of life. Dental surgeries, especially tooth extractions, are among the procedures that most trigger anxiety and fear in patients. Pain, although subjective, is frequently associated with psychological factors such as anxiety, creating a vicious cycle that can worsen the patient's experience. Traditionally, pain and anxiety management has focused on pharmacological approaches, such as analgesics and sedation, but psychological strategies, such as distraction, positive reinforcement, and systematic desensitization, have gained prominence. This study aims to evaluate the influence of psychological factors on pain and anxiety management in dental surgeries. This is a cross-sectional, observational, and descriptive study with a qualitative and quantitative approach. The sample will be non-probabilistic, composed of patients over 18 years of age undergoing dental surgeries who agree to participate by signing the Informed Consent Form. Data will be collected through questionnaires based on the Corah Dental Anxiety Scale, administered before surgical procedures. Statistical analysis will include frequencies, means, and standard deviations, with a significance level of 5%. Variables such as age, gender, previous trauma, and education level will be considered. This study will contribute to the development of personalized protocols, combining psychological and pharmacological approaches, aiming for more effective pain and anxiety management in dental surgeries. The results can be applied in clinical practice, promoting more humanized and less stressful care for patients.

Keywords: Anxiety, Pain, Dental surgery, Stress, Pain management

Instituição afiliada – Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM

Autor correspondente*:* *marcelaelisa104@gmail.com*

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

INTRODUÇÃO

A ansiedade odontológica é um fenômeno universal que afeta indivíduos de todas as idades em diversas localizações geográficas, com um impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal de crianças e adultos. Ela é considerada a quinta causa mais comum de ansiedade e está associada ao pensamento de visitar o dentista para cuidados preventivos e outros procedimentos odontológicos (Agras.et.al.;2011).

Aproximadamente 25% da população sofre de ansiedade dentária. No entanto, nem todos os procedimentos odontológicos causam o mesmo nível de ansiedade. A cirurgia odontológica, particularmente a extração de um dente, é conhecida por estar entre os cinco procedimentos mais assustadores na prática odontológica (Niemczyk et al.; 2024).

Embora a dor seja subjetiva, uma questão de experiência e emoção, a maioria das pesquisas e práticas clínicas se concentraram apenas mecanicamente em medicamentos analgésicos e anestésicos, subestimando sua natureza e esquecendo o papel do paciente em seu tratamento (Colina, 2006; Aydede, 2009; O'Sullivan e Schroer.;2012). Em suma, a dor é uma questão de experiência, um estado psicológico subjetivo que não necessariamente tem uma causa orgânica detectável. É um fenômeno funcional complexo que depende de uma riqueza de fatores e pode ser classificado de várias maneiras como agudo, crônico, incidente, processual, etc. A dor processual percebida por pacientes submetidos a procedimentos médicos/odontológicos é uma causa importante e comum de ansiedade, estresse e síncope vasodepressora. Ansiedade e dor são, portanto, dois parceiros que sempre existiram na vida real, bem como na odontologia e assistência médica, e que sempre tiveram o potencial de se transformar em um círculo vicioso (Facco e Zanette.; 2017).

A literatura odontológica (Basile Netto; Gregori, 2004; Peterson et al.;2009) descreve alguns protocolos de controle e redução da ansiedade pré, trans e pós-operatória. A orientação pré-operatória quanto aos procedimentos de anestesia e aos procedimentos cirúrgicos auxiliam muito os pacientes a compreenderem o tipo de tratamento proposto e quais as implicações referentes à dor, desconfortos e outros sintomas trans e pós-operatórios que provavelmente eles irão sentir. O conhecimento dos procedimentos e condutas torna o indivíduo menos sensível a situações de estresse (Munafo; Stevenson, 2001; Bailey.;2010). A ansiedade pode ser controlada também por ansiolíticos (Bailey, 2010) ou pelo uso de sedação por óxido nitroso. Essas drogas, porém, podem causar efeitos colaterais como hipotermia, depressão respiratória e queda repentina da pressão arterial, podendo algumas vezes levar à inconsciência (Bavitz; 2006).

Com o intuito de avaliar o grau de ansiedade dos pacientes, foram criados questionários que utilizam escalas já estabelecidas pela literatura, tais como a Escala de Ansiedade Odontológica DAS (Dental Anxiety Scale), Escala Modificada de Ansiedade Dentária (MDAS) e a Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (Dantas, Marinho e Pinto., 2019). Além da avaliação do grau de ansiedade, os questionários visam a coleta de sugestões dos pacientes sobre como melhorar o atendimento e os procedimentos cirúrgicos para que se sintam mais confortáveis e seguros, contribuindo para uma experiência mais positiva e menos ansiosa (Dantas, Marinho e Pinto, 2019).

O objetivo deste estudo é avaliar a influência de fatores psicológicos no manejo da dor e ansiedade em cirurgias odontológicas por meio de questionários aplicados a pacientes que serão submetidos às cirurgias orais na Clínica Odontológica NETRO (Núcleo Especializado em Tratamento Reabilitador Oral), e na sede do CEO – Centro de Especialidades Odontológicas de Patos de Minas no município de Patos de Minas-MG

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo (transversal) observacional descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa.

POPULAÇÃO/PARTICIPANTE

A pesquisa é constituída por uma amostra não probabilística intencional de conveniência. O questionário foi entregue a pacientes que estão sendo submetidos a cirurgia na Clínica Odontológica NETRO (Núcleo Especializado em Tratamento Reabilitador Oral) e na sede do CEO – Centro de Especialidades Odontológicas de Patos de Minas, no município de Patos de Minas-MG, assim como o termo de consentimento livre e esclarecido, durante um período de 98 dias.. Consideramos no início da pesquisa, prevendo um período de 60 dias destinados para a coleta de dados, mas ocorreram recessos nos estabelecimentos que foram coletados os dados, havendo um atraso. Visando uma análise mais aprofundada, a fase de coleta de dados precisou ser ampliada em dois meses para atingir um número satisfatório de participantes e uma abrangência mais sólida do estudo.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

A amostra é dimensionada por meio de critérios de inclusão e exclusão. Dessa forma, são incluídos na pesquisa os pacientes submetidos às cirurgias odontológicas na Clínica Odontológica NETRO (Núcleo Especializado em Tratamento Reabilitador Oral) e

na sede do CEO – Centro de Especialidades Odontológicas de Patos de Minas, maiores de idade e que concordam em participar por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Excluem-se do grupo amostral pacientes que não são submetidos às cirurgias orais, pacientes menores de 18 anos de idade, pacientes portadores de deficiência e pacientes que não aceitam os termos propostos pelos pesquisadores.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Nesta pesquisa, foram aplicados questionários com o objetivo principal de avaliar o grau de ansiedade dos pacientes em relação aos procedimentos cirúrgicos odontológicos, identificando os momentos de maior intensidade emocional e os sintomas associados a essa ansiedade.As perguntas foram direcionadas para compreender em que escala a ansiedade se manifesta, seja antes, durante ou após a cirurgia, e quais são os sintomas físicos e emocionais que o paciente experimenta. Além disso, o questionário buscou entender a percepção do paciente sobre os riscos envolvidos nos procedimentos cirúrgicos e se haviam traumas anteriores que pudessem influenciar seu medo. Outro aspecto importante é que investigamos quando o paciente acredita que esse medo ou ansiedade em relação ao dentista começou, se o ambiente do consultório ou técnicas específicas, como o barulho dos equipamentos ou o toque na boca, desencadeiam estresse emocional.

O questionário foi aplicado aos pacientes que voluntariamente desejaram participar da presente pesquisa, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Os questionários foram entregues na íntegra e contendo todas as suas dimensões por um dos membros desse projeto de pesquisa a cada participante. Foram assegurados aos participantes todos os materiais concretos necessários para a devolutiva do questionário. Ficou assegurado, ainda, o direito de não participar da pesquisa a cada paciente, caso assim o desejasse. A abordagem individual de cada paciente foi realizada assegurando-se o mínimo de constrangimento. Os questionários entregues não permitiram a identificação do participante, o que minimiza, ainda mais, qualquer possível constrangimento pelo não entendimento da questão demandada. Não houve limitação do tempo de aplicação do questionário a cada participante.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados consistiram em questionários impressos e canetas fornecidos aos participantes, cujos custos foram integralmente arcados com recursos do próprio pesquisador.

LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado no Centro Clínico Odontológico – CCO - UNIPAM.

ASPECTOS ÉTICOS

No presente estudo sobre a influência de fatores psicológicos no manejo da dor e da ansiedade em cirurgias odontológicas, a observância aos princípios éticos fundamentais foi rigorosamente garantida da seguinte forma:

- Autonomia: respeitada por meio da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual os participantes foram claramente informados sobre os objetivos, procedimentos, benefícios, riscos potenciais e a garantia de seu direito de desistir a qualquer momento, sem penalidades, assegurando uma decisão consciente e voluntária.
- Beneficência: promovida pelo desenho da pesquisa, que visa compreender os mecanismos psicológicos para desenvolver e refinar estratégias de manejo que possam aliviar o sofrimento psíquico (ansiedade) e físico (dor), beneficiando diretamente os participantes durante o procedimento e contribuindo para o bem-estar de futuros pacientes.
- Não Maleficência: garantida pela minimização de quaisquer riscos ou desconfortos, assegurando que a aplicação de questionários e escalas psicológicas não cause estresse ou dano emocional adicional aos participantes, com o pesquisador adotando uma postura empática e o fornecimento de suporte, se necessário.
- Justiça: assegurada pela seleção equitativa dos participantes, sem distinção de qualquer natureza, e pela garantia de que os benefícios do estudo, como um manejo mais humanizado da dor e da ansiedade, serão acessíveis a todos os perfis de pacientes, evitando a exploração de grupos vulneráveis.

O recrutamento dos participantes foi condicionado à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), documento que detalhou os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, assegurando o caráter voluntário e consciente da adesão.

Em virtude da natureza exclusivamente observacional e da aplicação de instrumentos não invasivos (questionários/escalas), esta pesquisa não resultou em eventuais riscos, desconfortos físicos ou danos psicológicos aos voluntários.

Obtivemos uma taxa de retenção de 100% em todas as fases de coleta de dados, com a participação integral de todos os voluntários recrutados.

Declara-se que o presente estudo foi conduzido em estrita conformidade com as

diretrizes éticas, não tendo sido registrada qualquer violação aos preceitos estabelecidos.

RESULTADOS

O total da amostra, após o processo de inclusão e análise, foi composto por 78 participantes.No que diz respeito à questão 1 (Gráfico 1), que avaliou onde o paciente concluiu seu ensino médio, ao analisar os dados constatamos que 48 pacientes (61,5%) finalizaram seus estudos integralmente em escola pública, 21 pacientes (26,9%) em escola pública e privada, e 9 pacientes (11,5%) integralmente em escola privada.

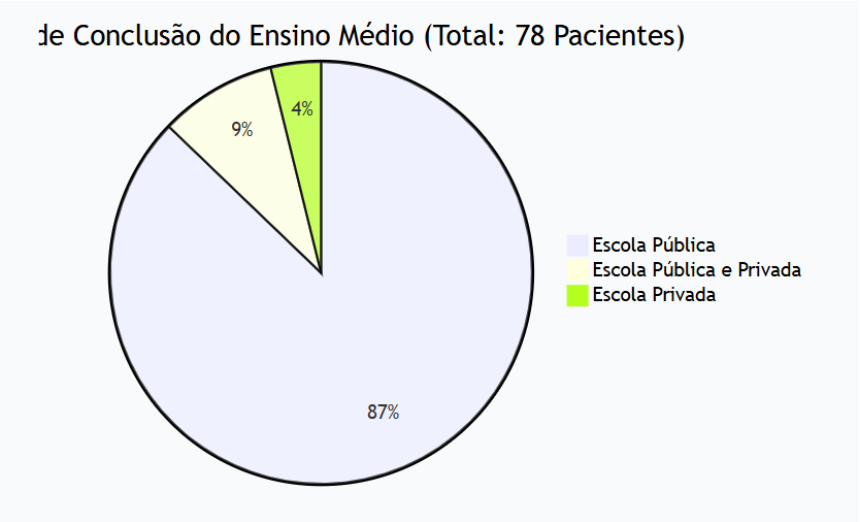


GRÁFICO 1 – FONTE: Acervo dos próprios autores

A questão 2 (Gráfico 2) avaliou o nível de ansiedade dos pacientes por meio de uma escala ilustrativa composta por imagens que representam cinco tipos de emoções, variando do mais ansioso ao menos ansioso. A utilização dessas imagens facilita a identificação e a expressão do grau de ansiedade pelos participantes, permitindo uma avaliação mais intuitiva e acessível. Em relação ao grau 1 tivemos 9 pacientes; grau 2, 13 pacientes; grau 3, 25 pacientes; grau 4, 16 pacientes e grau 5, 15 pacientes.

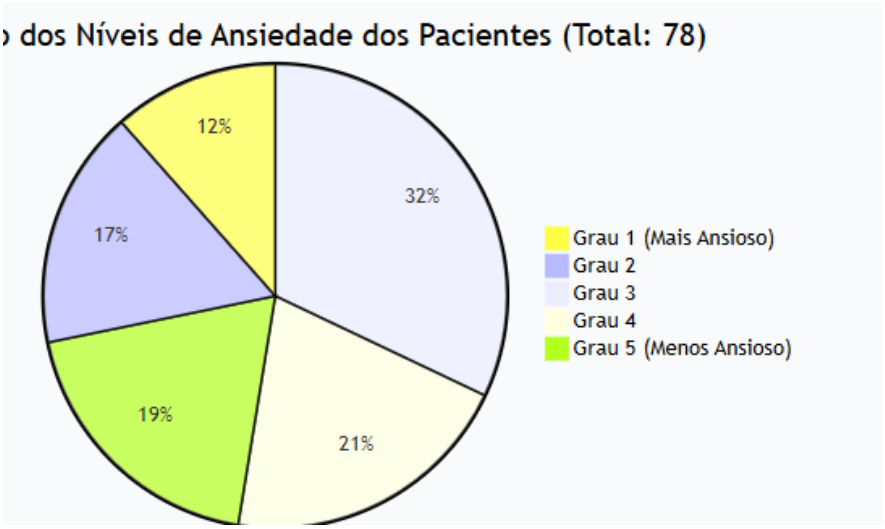


GRÁFICO 2 – FONTE: Acervo dos próprios autores

A questão 3 (Gráfico 3) avaliou o momento em que a ansiedade dos pacientes se intensifica durante o processo cirúrgico, indicando que 41 pacientes (52,6%) apresentam maior ansiedade antes da cirurgia, 25 pacientes (32,1%) durante o procedimento e 12 pacientes (15,4%) após a realização da cirurgia.

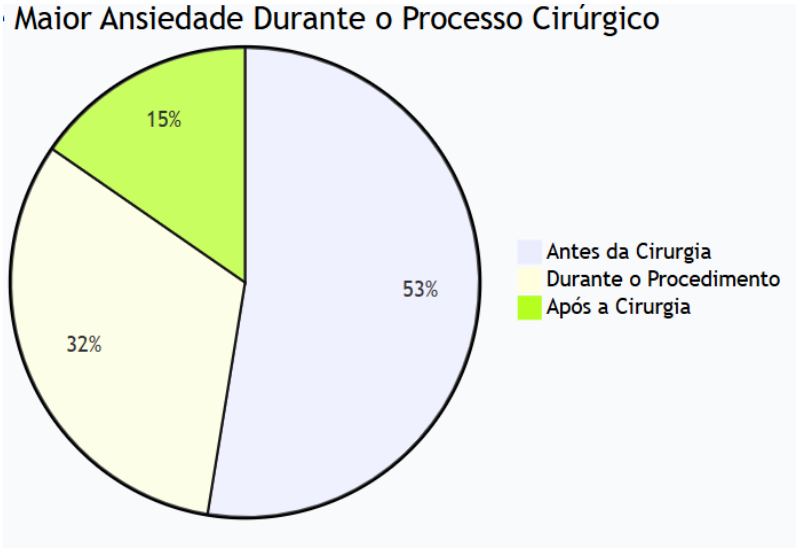


GRÁFICO 3 – FONTE: Acervo dos próprios autores

A questão 4 (Gráfico 4), de natureza cognitiva e informativa, mede o nível de consciência e informação do paciente sobre técnicas de controle da ansiedade. As respostas obtidas foram: uso de medicamentos (13 pessoas – 16,7%); conversar durante o procedimento (5 pessoas – 6,4%); anestesia para controle da dor (4 pessoas – 10,0%); ouvir músicas (7 pessoas – 9,0%); uso de sedação (3 pessoas – 3,8%); explicação prévia do procedimento e do planejamento cirúrgico (8 pessoas – 10,3%); técnicas de respiração e meditação (2 pessoas – 2,6%); assistir a filmes (2 pessoas – 3,0%); e desconhecimento sobre estratégias de controle da ansiedade (33 pessoas – 42,3%).

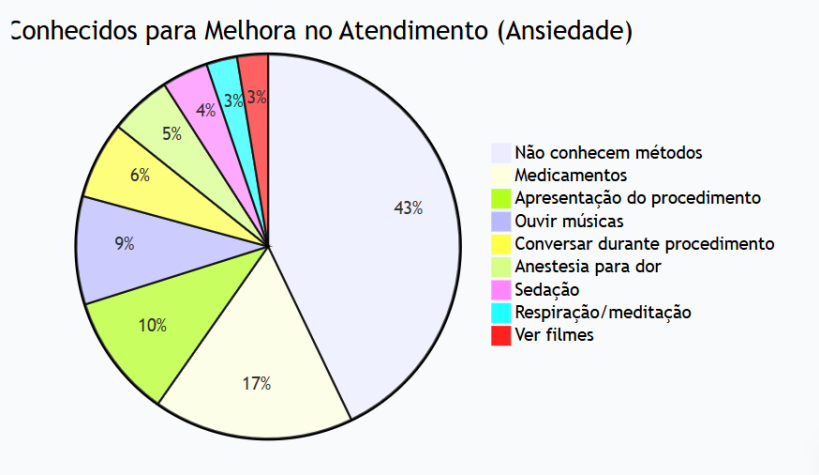


GRÁFICO 4 – FONTE: Acervo dos próprios autores

A questão 5 (Gráfico 5) investigou se o paciente já havia vivenciado algum trauma anterior relacionado ao atendimento odontológico. Observou-se que 36 pacientes (46,2%) relataram ter passado por experiências traumáticas, enquanto 42 pacientes (53,8%) afirmaram não ter tido tais vivências. Entre aqueles que relataram traumas (Gráfico 5.1), as respostas discursivas indicaram que 9 pessoas (25,0%) atribuíram a experiência negativa à falta de empatia do dentista; 19 pessoas (52,8%) relataram ter sentido dor durante o procedimento cirúrgico; 6 pessoas (16,7%) mencionaram o comportamento “bruto” do profissional; 1 pessoa (2,8%) apontou o som ou o uso do motor odontológico como fator desencadeante; e 1 pessoa (2,8%) relatou medo como principal causa do trauma.

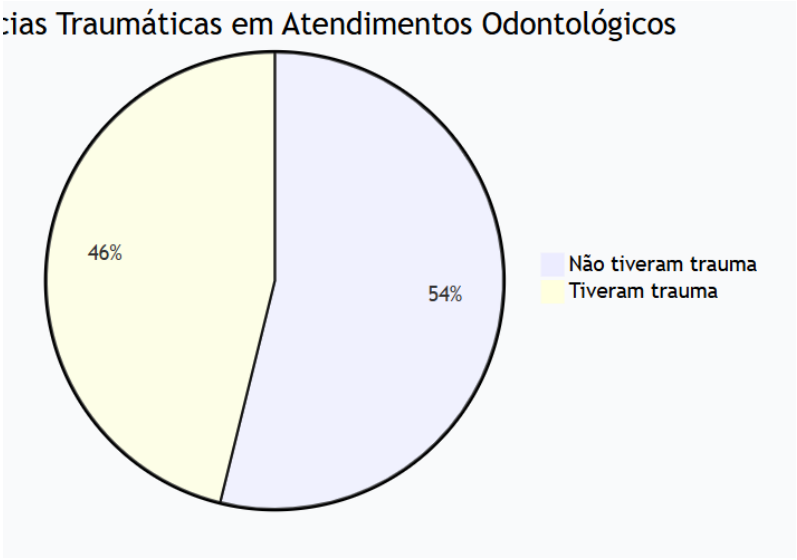


GRÁFICO 5 – FONTE: Acervo dos próprios autores

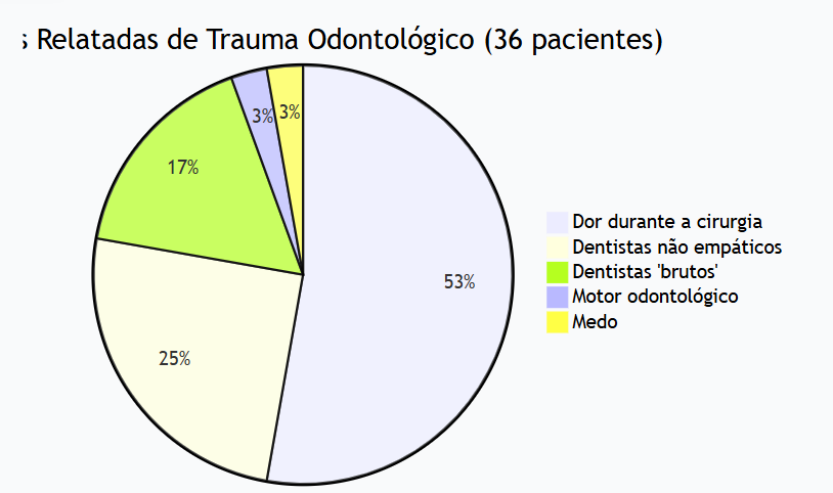


GRÁFICO 5.1 – FONTE: Acervo dos próprios autores

A questão 6 (Gráfico 6), de natureza experiencial e propositiva, teve como objetivo identificar as estratégias sugeridas pelos pacientes para o manejo ou redução da ansiedade durante o procedimento cirúrgico odontológico. A questão revela o nível de confiança, expectativa e autopercepção do paciente em relação ao controle da própria ansiedade. Por se tratar de uma pergunta aberta, foram obtidas as seguintes respostas: 17 pessoas (21,8%) mencionaram o uso de medicamentos; 24 pessoas (30,8%) apontaram a conversa durante o procedimento; 11 pessoas (14,1%) destacaram a anestesia para controle da dor; 5 pessoas (6,4%) relataram ouvir músicas; 2 pessoas (2,6%) mencionaram o uso de sedação; 9 pessoas (11,5%) sugeriram a apresentação prévia do procedimento e do planejamento cirúrgico; 1 pessoa (1,3%) indicou técnicas de respiração e meditação; nenhuma pessoa mencionou assistir a filmes; e 9 pessoas (11,5%) acreditam que nenhum método seria eficaz para reduzir a ansiedade.

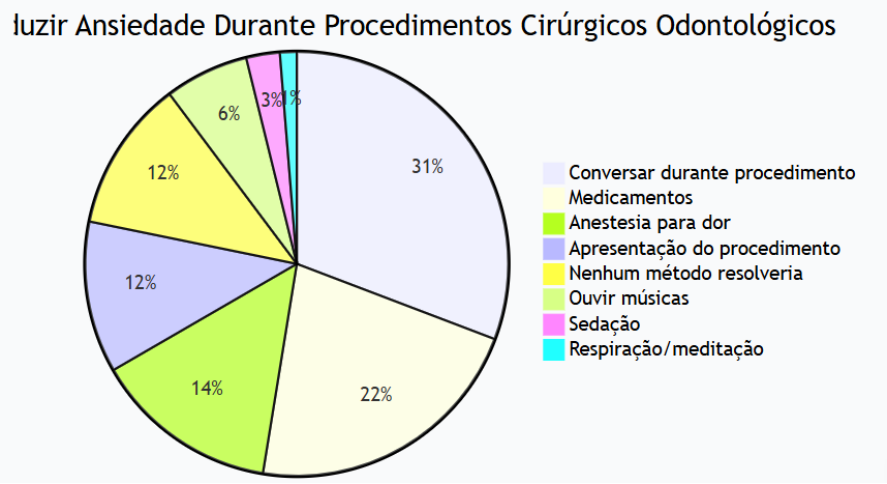


GRÁFICO 6 – FONTE: Acervo dos próprios autores

A questão 7 (Gráfico 7) buscou avaliar o motivo da presente visita ao dentista, sendo que 1 paciente (1,3%) relatou atendimento por motivo estético, 30 pacientes

(38,5%) por urgência relacionada à dor, 23 pacientes (29,5%) para check-up regular e 24 pacientes (30,8%) para outros motivos.

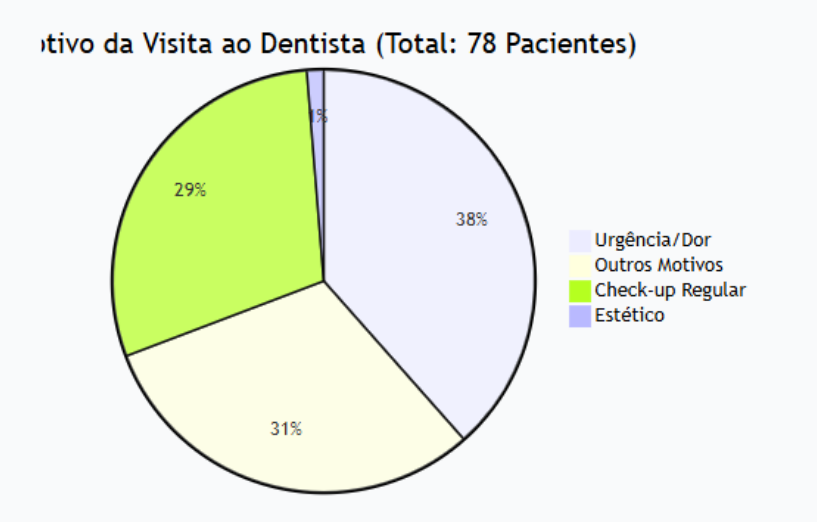


GRÁFICO 7 – FONTE: Acervo dos próprios autores

A questão 8 (Gráfico 8) teve como objetivo avaliar a forma como o medo e a ansiedade em relação ao atendimento odontológico tiveram início. Observou-se que 4 pacientes (5,1%) atribuíram essa origem à falta de empatia do dentista; 30 pacientes (38,5%) relacionaram o início do medo ao desconhecido; outros 30 pacientes (38,5%) indicaram experiências anteriores negativas; e 14 pacientes (17,9%) associaram a origem da ansiedade a informações recebidas de outras pessoas.

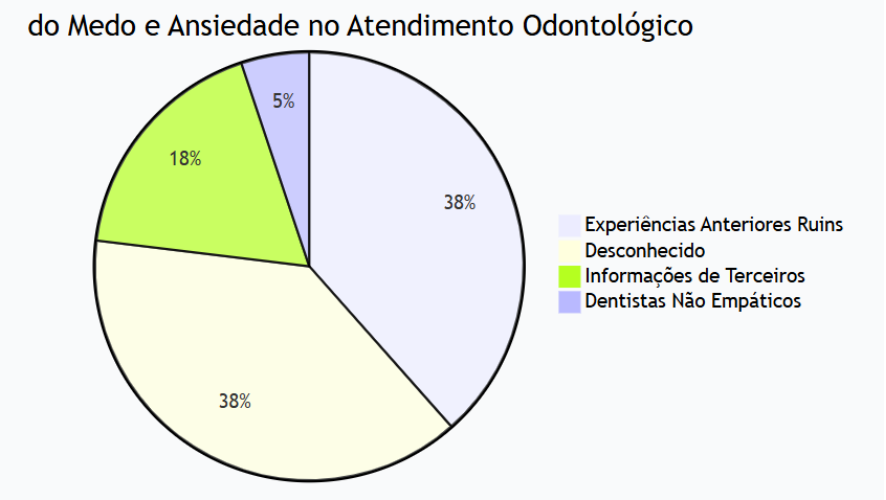


GRÁFICO 8 – FONTE: Acervo dos próprios autores

A questão 9 (Gráfico 9) teve como objetivo avaliar como o paciente se sentiria caso precisasse comparecer ao dentista no dia seguinte. As respostas foram distribuídas da seguinte forma: 23 pacientes (29,5%) afirmaram que “tudo bem, não me importaria”;

13 pacientes (16,7%) indicaram que “ficariam ligeiramente preocupados”; 12 pacientes (15,4%) relataram que “sentiriam um desconforto maior”; 14 pacientes (17,9%) declararam que “estariam com medo do que poderia acontecer”; e 16 pacientes (20,5%) expressaram que “ficariam muito apreensivos”.

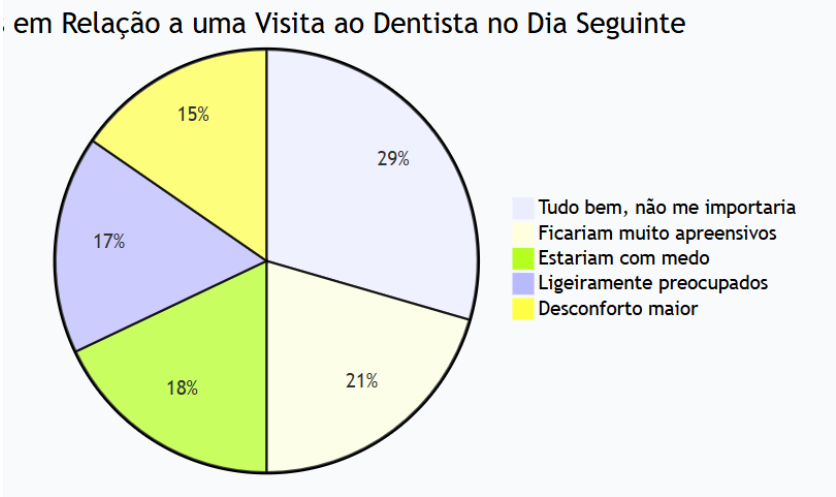


GRÁFICO 9 – FONTE: Acervo dos próprios autores

A questão 10 (Gráfico 10) teve como objetivo avaliar como o paciente se sente enquanto aguarda na sala de espera do dentista. As respostas apresentaram variação significativa: 18 pacientes (23,1%) relataram sentir-se “tranquilos, não me importaria”; 17 pacientes (21,8%) indicaram sentir-se “um pouco desconfortáveis”; 15 pacientes (19,2%) afirmaram sentir-se “tensos”; 18 pacientes (23,1%) declararam sentir-se “ansiosos ou com medo”; e 10 pacientes (12,8%) expressaram sentir-se “tão ansiosos ou com medo que começam a suar e se sentir mal”.

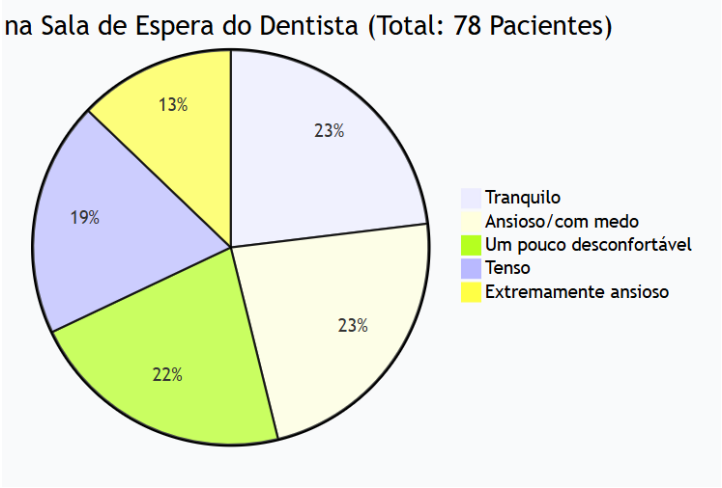


GRÁFICO 10 – FONTE: Acervo dos próprios autores

A questão 11 (Gráfico 11) teve como objetivo avaliar como o paciente se sentiria ao estar sentado na cadeira odontológica, aguardando o dentista preparar o motor para

iniciar o procedimento nos dentes. As respostas apresentaram variação significativa: 13 pacientes (16,7%) relataram sentir-se “tranquilos, não me importaria”; 18 pacientes (23,1%) indicaram sentir-se “um pouco desconfortáveis”; 25 pacientes (32,1%) afirmaram sentir-se “tensos”; 15 pacientes (19,2%) declararam sentir-se “ansiosos ou com medo”; e 7 pacientes (9,0%) expressaram sentir-se “tão ansiosos ou com medo que começam a suar e se sentir mal”.

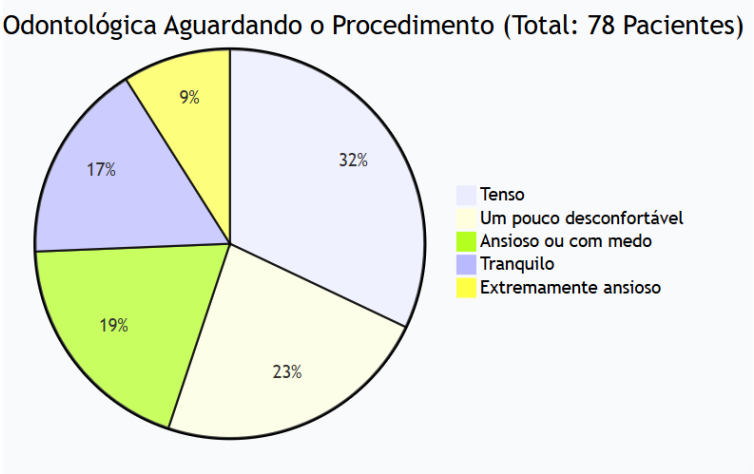


GRÁFICO 11 – FONTE: Acervo dos próprios autores

A questão 12 (Gráfico 12) teve como objetivo avaliar como o paciente se sente enquanto está sentado na cadeira odontológica, aguardando o dentista pegar os instrumentos para iniciar o procedimento. As respostas apresentaram variação significativa: 16 pacientes (20,5%) relataram sentir-se “tranquilos, não me importaria”; 17 pacientes (21,8%) indicaram sentir-se “um pouco desconfortáveis”; 19 pacientes (24,4%) afirmaram sentir-se “tensos”; 18 pacientes (23,1%) declararam sentir-se “ansiosos ou com medo”; e 8 pacientes (10,3%) expressaram sentir-se “tão ansiosos ou com medo que começam a suar e se sentir mal”.

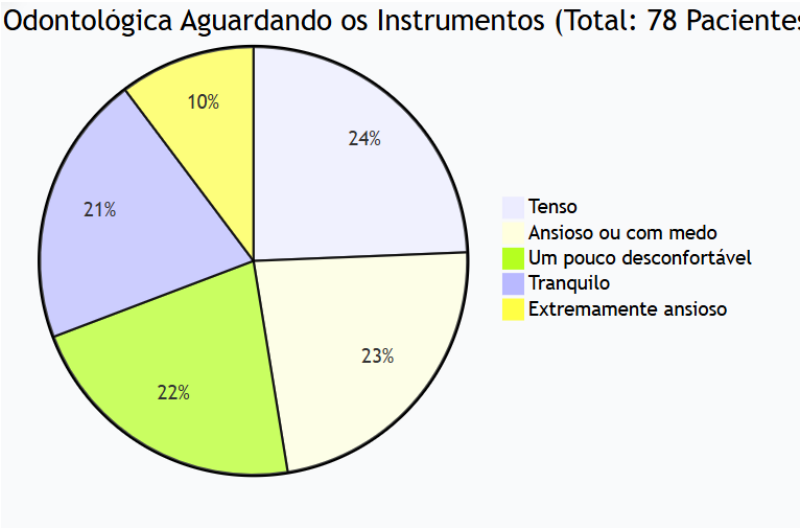


GRÁFICO 12 – FONTE: Acervo dos próprios autores

O presente estudo alcançou integralmente seus objetivos, demonstrando, por meio de análise estatística consistente, que o grau de ansiedade apresentou associação significativa com variáveis sociodemográficas, especialmente o sexo e a faixa etária. Foi possível mapear com precisão os níveis de ansiedade em diferentes etapas do atendimento odontológico, identificando que o período pré-operatório e o momento de preparo dos instrumentos configuram-se como os picos de maior tensão psicológica.

A investigação permitiu uma análise aprofundada dos fatores desencadeantes da ansiedade, revelando que experiências odontológicas anteriores negativas e o desconhecimento sobre o procedimento constituem os principais catalisadores das reações ansiosas. Além disso, verificou-se que elementos específicos do ambiente clínico como o ruído do motor e a visualização dos instrumentos intensificam de forma significativa as respostas emocionais dos pacientes.

Esses achados fornecem um panorama abrangente e multidimensional do fenômeno da ansiedade odontológica, oferecendo subsídios relevantes para o desenvolvimento de intervenções psicológicas e estratégias de manejo clínico mais direcionadas, empáticas e eficazes.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelam um panorama multifacetado e preocupante da ansiedade odontológica, destacando não apenas sua alta prevalência entre os pacientes avaliados, mas também a complexidade de seus determinantes psicossociais. A predominância de níveis moderados a severos de ansiedade aponta para uma demanda urgente por estratégias clínicas sistematizadas de triagem e manejo emocional. Esse cenário se agrava quando contextualizado pelo perfil sociodemográfico da amostra, composta majoritariamente por egressos da rede pública de ensino, o que sugere vulnerabilidades relacionadas ao acesso à informação, experiências odontológicas anteriores e condições socioeconômicas. Adicionalmente, os achados evidenciam que os momentos de maior ansiedade ocorrem antes do início do procedimento, com pico na fase de preparo do motor e manuseio dos instrumentais — elementos simbólicos fortemente associados à dor e à invasão corporal. A análise conjunta dessas variáveis revela que a ansiedade odontológica não pode ser compreendida apenas como uma resposta individual, mas como um fenômeno influenciado por fatores históricos, sociais, culturais e relacionais, exigindo, portanto, abordagens integradas e sensíveis às particularidades de cada paciente.

Na análise do perfil sócio demográfico, observou-se predominância de pacientes provenientes integralmente da rede pública de ensino (61,5%), o que reflete um perfil socioeconômico específico da amostra e sugere maior representatividade de indivíduos

pertencentes a estratos que dependem do sistema público de educação. Esse achado é relevante para a interpretação dos níveis de ansiedade, uma vez que fatores socioeconômicos influenciam o acesso a informações sobre saúde bucal, a regularidade das consultas preventivas e as experiências odontológicas prévias. A proporção de pacientes com trajetória mista (26,9%) pode indicar mobilidade social, enquanto a menor participação de egressos da rede privada (11,5%) possivelmente reflete tanto o recorte amostral quanto diferenças na percepção de necessidade de cuidado e no acesso a serviços especializados. Considera-se, portanto, que o tipo de instituição de ensino e o nível educacional exercem papel mediador na construção de repertórios emocionais frente ao atendimento odontológico, influenciando expectativas, compreensão dos procedimentos e reações ansiosas. Assim, o delineamento sociodemográfico obtido reforça a necessidade de estratégias de manejo da ansiedade que considerem desigualdades educacionais e socioeconômicas, promovendo comunicação e acolhimento adaptados às diferentes realidades dos pacientes.

A análise dos níveis de ansiedade aponta para um quadro preocupante, com 57,7% dos pacientes apresentando ansiedade de grau moderado a severo (Graus 3, 4 e 5), dos quais 39,7% exibem níveis elevados a muito elevados (Graus 4 e 5). Esse contingente representa um grupo de risco que demanda intervenções específicas de manejo emocional durante o atendimento odontológico. Em contraste, apenas 28,2% dos participantes (Graus 1 e 2) exibiram baixos níveis de ansiedade. A utilização da escala ilustrativa mostrou-se eficaz para identificar diferentes perfis emocionais, possibilitando a detecção precoce de pacientes mais vulneráveis ao estresse odontológico. Esses achados reforçam a necessidade de protocolos de acolhimento que incluem triagem sistemática da ansiedade e estratégias de manejo personalizadas, favorecendo uma experiência clínica mais segura, empática e eficaz. A eficácia da escala ilustrativa vai ao encontro das recomendações de autores como Corah (1969) e Newton & Buck (2000), que defendem o uso de instrumentos de rápida aplicação para a triagem inicial. Essa prática, que ainda não é um padrão na maioria dos consultórios, demonstrou ser viável e essencial neste estudo, pois permitiu a detecção precoce de vulnerabilidades que, de outra forma, poderiam passar despercebidas até se manifestarem de forma disruptiva na cadeira odontológica.

Os resultados deste estudo revelam um padrão consistente na distribuição temporal da ansiedade odontológica, evidenciando a fase pré-operatória como o período de maior vulnerabilidade emocional. Constatou-se que 52,6% dos participantes (41 pacientes) apresentaram pico de ansiedade antes do início do procedimento, o que reforça a influência do componente antecipatório e do medo do desconhecido sobre o estado psicológico dos indivíduos. Esse achado corrobora a literatura que descreve a ansiedade antecipatória como fenômeno central em contextos odontológicos, frequentemente associado à expectativa de dor e à percepção de perda de controle. A diferença expressiva entre os níveis de ansiedade pré-cirúrgica (52,6%) e aqueles registrados durante o procedimento (32,1%) sugere que, para muitos pacientes, a

expectativa do tratamento é mais angustiante do que a experiência em si — possivelmente em função de memórias negativas anteriores ou de representações simbólicas construídas por meio de relatos de terceiros. A menor incidência de ansiedade pós-operatória (15,4%) indica que, uma vez superado o procedimento, a maioria dos pacientes experimenta alívio emocional, embora uma parcela ainda manifeste preocupações com o resultado ou o processo de recuperação. Esses resultados possuem implicações clínicas relevantes, destacando a importância de protocolos de preparo psicológico pré-operatório, com foco em comunicação clara e empática, uso de técnicas de relaxamento e distração, e fortalecimento da relação de confiança entre profissional e paciente. A identificação do período pré-cirúrgico como o ponto crítico de ansiedade orienta intervenções direcionadas e potencialmente mais eficazes, contribuindo para a melhoria global da experiência odontológica cirúrgica. Embora a literatura tradicionalmente associe o medo a estímulos concretos, como o som do motor ou a visão da agulha, um corpo crescente de evidências aponta para a ansiedade antecipatória como uma componente central e, frequentemente, a mais debilitante da experiência do paciente (Appukuttan,; 2016).

A análise dos métodos de manejo da ansiedade conhecidos pelos pacientes revela um quadro de desinformação e limitação no repertório de estratégias disponíveis. O dado mais expressivo — 42,3% dos participantes desconhecem completamente qualquer método de controle da ansiedade — evidencia uma lacuna crítica na educação em saúde bucal e na comunicação profissional-paciente, indicando que as informações sobre alternativas de enfrentamento não estão sendo adequadamente transmitidas ou assimiladas. A predominância do conhecimento sobre métodos farmacológicos (uso de medicamentos – 16,7% e sedação – 3,8%) em detrimento de abordagens não farmacológicas sugere uma tendência à medicalização do cuidado emocional, possivelmente influenciada por um modelo assistencial ainda centrado na intervenção química, em vez de em práticas psicossociais. Essa preferência reflete tanto a carência de divulgação de estratégias alternativas quanto uma cultura que privilegia soluções imediatas para questões complexas. O baixo reconhecimento de técnicas de relaxamento e distração, como respiração e meditação (2,6%) ou uso de filmes (3,0%), é preocupante, considerando sua eficácia comprovada, baixo custo e ausência de efeitos colaterais. Já o conhecimento moderado sobre métodos relacionais — como conversar durante o procedimento (6,4%) e a apresentação do planejamento cirúrgico (10,3%) — indica que os pacientes valorizam a comunicação empática e o suporte emocional, embora ainda não os percebam como estratégias prioritárias. Esses resultados apontam que a desinformação constitui uma barreira relevante ao controle adequado da ansiedade odontológica. Superá-la requer uma abordagem integrada que una educação em saúde, comunicação efetiva e ampliação das opções terapêuticas, incorporando técnicas comportamentais e relacionais ao manejo clínico convencional.

A identificação de traumas prévios revela um quadro preocupante na

experiência dos pacientes com os serviços de saúde bucal. A elevada proporção de indivíduos com histórico traumático (44,9%) indica que tais vivências não constituem exceção, mas uma ocorrência frequente, demandando reflexão crítica sobre as práticas clínicas e os paradigmas que orientam o atendimento odontológico atual. A dor durante procedimentos cirúrgicos foi identificada como o principal fator traumático (54,3%), evidenciando fragilidades nos protocolos de controle álgico e no manejo da sensibilidade dolorosa. Esse resultado demonstra que, apesar dos avanços tecnológicos e farmacológicos, a experiência de dor ainda é recorrente, possivelmente em razão de falhas na técnica anestésica, subdosagem ou ausência de individualização do manejo da dor. Os aspectos humanos e relacionais configuram a segunda principal fonte de trauma (42,8%) combinando dentistas não empáticos e "brutos", confirmando que a qualidade da interação profissional-paciente exerce influência determinante na formação de memórias negativas. A presença de relatos envolvendo condutas autoritárias (17,1%) e ausência de empatia (25,7%) reforça a necessidade de incorporar habilidades comunicacionais e atitudes humanizadas como componentes essenciais do cuidado em saúde bucal. A baixa incidência de traumas atribuídos especificamente ao motor odontológico (2,9%) sugere que o desconforto não se origina no instrumento, mas na forma como ele é utilizado e contextualizado durante o atendimento. De modo geral, os achados evidenciam que a superação do trauma odontológico requer uma transformação paradigmática que ultrapasse a dimensão técnica, integrando aspectos emocionais, relacionais e éticos como pilares do exercício clínico. A alta prevalência de experiências traumáticas constitui não apenas um desafio terapêutico, mas também um imperativo ético para o aprimoramento do modelo de cuidado em odontologia. O trauma odontológico é entendido aqui como uma experiência aversiva, marcada por intenso medo, desamparo ou dor, que deixa uma marca duradoura na memória do indivíduo e passa a influenciar negativamente sua percepção sobre o cuidado em saúde bucal (Armfield.;2010).

A avaliação das percepções dos pacientes sobre estratégias para redução da ansiedade durante procedimentos cirúrgicos odontológicos revela preferências diversificadas, com clara valorização das abordagens relacionais e comunicativas. O dado mais expressivo — 30,8% dos participantes apontaram a "conversa durante o procedimento" como principal estratégia — evidencia a relevância da dimensão humana e do suporte emocional contínuo no manejo da ansiedade, superando inclusive intervenções farmacológicas tradicionalmente mais difundidas. A predominância de métodos comunicacionais (conversa durante o procedimento – 30,8% e apresentação do planejamento – 11,5%, totalizando 42,3%) indica que os pacientes reconhecem a qualidade da interação profissional-paciente como elemento central na redução da ansiedade, corroborando a literatura de (Roberts.et.al.;2010) que destaca a comunicação terapêutica como pilar da relação de confiança e segurança no atendimento em saúde. Em segundo plano, observa-se a preferência por intervenções farmacológicas (uso de medicamentos – 21,8% e sedação – 2,6%), o que pode refletir

uma cultura de busca por soluções imediatistas e dependentes de recursos químicos, reforçada por representações sociais que associam o controle emocional ao uso de fármacos. A baixa menção a técnicas de autorregulação, como respiração e meditação (1,3%), revela uma lacuna significativa de educação em saúde, considerando sua comprovada eficácia, baixo custo e ausência de efeitos adversos. Ainda mais preocupante é o fato de que 11,5% dos pacientes acreditam que nenhum método seria eficaz, sugerindo a presença de um subgrupo com possível desesperança aprendida frente ao controle emocional, possivelmente associada a experiências traumáticas anteriores ou a níveis mais elevados de ansiedade clínica. Esses achados reforçam a necessidade de um modelo de cuidado integral que transcenda a dimensão técnica da cirurgia odontológica, incorporando componentes comunicacionais, relacionais e educativos como eixos fundamentais para o manejo eficaz da ansiedade no contexto clínico. A literatura sugere que pacientes valorizam a comunicação clara e a relação de confiança (Corah et al.;1988), mas a hierarquia de suas preferências em relação a outras estratégias, especialmente em um contexto cirúrgico de alto estresse, merece maior investigação.

Com base no modelo de Street et al. (2009), a eficácia da comunicação terapêutica na odontologia pode ser compreendida através de seus múltiplos caminhos de ação. A comunicação não atua apenas como um instrumento de transmissão de informações, mas opera através de vias diretas e indiretas para produzir melhorias na saúde. Diretamente, a conversa empática e a validação emocional pelo cirurgião-dentista podem ter efeito terapêutico imediato, reduzindo a ansiedade e o sofrimento do paciente. Indiretamente, a comunicação eficaz gera resultados proximais - como maior confiança, entendimento compartilhado e sentimento de ser compreendido - que, por sua vez, promovem resultados intermediários cruciais, incluindo maior adesão ao tratamento, melhores habilidades de autocuidado e um fortalecido suporte social. Desta forma, a comunicação clínica configura-se não como um mero acessório do cuidado, mas como um mecanismo central e estruturante para a obtenção de desfechos positivos de saúde, atuando desde o alívio emocional imediato até a facilitação de comportamentos de saúde duradouros (Street.;et al.2009)

Os dados referentes aos motivos da visita odontológica revelam um perfil de demanda predominantemente curativo e emergencial, refletindo um modelo de atenção ainda centrado no tratamento de agravos em detrimento da prevenção. O elevado percentual de atendimentos por dor (38,5%) evidencia uma realidade preocupante, na qual o serviço odontológico é procurado, majoritariamente, apenas após o surgimento do desconforto. Esse padrão pode estar relacionado tanto a barreiras de acesso aos cuidados regulares quanto à persistência de uma cultura de saúde bucal orientada para o tratamento em vez da prevenção. A comparação entre os atendimentos motivados por dor (38,5%) e aqueles voltados a check-ups regulares (29,5%) reforça uma percepção limitada de cuidado odontológico, ainda associado a

situações pontuais e não à manutenção contínua da saúde. Essa tendência ressalta a importância de políticas públicas que incentivem o acompanhamento preventivo e a educação em saúde como instrumentos de mudança de comportamento. A categoria "outros motivos" (30,8%) requer análise complementar, podendo incluir casos de continuidade terapêutica, acompanhamento de condições crônicas ou retornos pós-tratamento, configurando um perfil intermediário entre urgência e rotina. Já a baixa procura por procedimentos estéticos (1,3%) pode refletir restrições socioeconômicas e a priorização de demandas funcionais sobre estéticas. De forma geral, os resultados indicam a necessidade de reorientar o modelo assistencial para uma abordagem centrada na promoção e prevenção da saúde bucal, fortalecendo estratégias de educação, acesso regular a consultas e acompanhamento longitudinal dos pacientes. Além disso, a predominância da demanda por dor pode intensificar a ansiedade odontológica, uma vez que reforça a associação do ambiente clínico com experiências de urgência, desconforto e sofrimento. Enquanto sistemas maduros e orientados pela promoção da saúde apresentam uma demanda predominantemente preventiva e de manutenção, sistemas fragilizados são caracterizados por um perfil curativo-emergencial, onde o usuário busca o serviço apenas quando o agravo, frequentemente a dor, já está instalado (Petersen.; 2003).

A análise das origens do medo e da ansiedade odontológica evidencia um quadro multifatorial, no qual se destacam duas causas principais: experiências odontológicas negativas prévias e o medo do desconhecido, ambas citadas por 38,5% dos participantes. Essa equivalência indica que a ansiedade odontológica pode emergir tanto de vivências concretas quanto de antecipações imaginativas, configurando um fenômeno de base simultaneamente empírica e cognitiva. O predomínio das "experiências anteriores ruins" reforça a relevância do condicionamento clássico na etiologia da ansiedade odontológica, em que estímulos inicialmente neutros — como o consultório ou o som dos instrumentos — passam a ser associados a experiências dolorosas, desencadeando respostas emocionais negativas. Por outro lado, o medo do desconhecido evidencia o papel da incerteza e da falta de informação, sugerindo que falhas na comunicação entre profissional e paciente contribuem para a formação de expectativas ansiosas e exageradas em relação ao tratamento. A influência de "informações recebidas de outras pessoas" (17,9%) demonstra o impacto do contexto sociocultural na construção das atitudes diante do atendimento odontológico. Narrativas negativas compartilhadas por familiares, amigos ou pela mídia podem reforçar medos infundados, mesmo na ausência de experiências diretas. Já a baixa atribuição da ansiedade a "dentistas não empáticos" (5,1%) pode refletir a naturalização de interações pouco acolhedoras ou a dificuldade do paciente em reconhecer o componente relacional como fator primário de medo. Esses achados reforçam a necessidade de intervenções direcionadas conforme a origem do medo: estratégias de dessensibilização e recondicionamento para casos associados a traumas prévios; protocolos de comunicação clara e informativa para o medo do desconhecido; e ações

educativas que combatam crenças distorcidas socialmente disseminadas. A compreensão das fontes predominantes da ansiedade odontológica constitui, portanto, base essencial para o desenvolvimento de abordagens preventivas e terapêuticas mais eficazes e personalizadas. A literatura aponta para duas grandes categorias de origens: a experiencial, baseada no condicionamento clássico, onde estímulos neutros do ambiente odontológico (som, aroma, visual) são pareados com experiências de dor ou desconforto, tornando-se estímulos condicionados capazes de eliciar a resposta de medo (Davey.;1989); e a cognitivo-informacional, relacionada ao medo do desconhecido, à falta de controle e a expectativas catastróficas sobre o procedimento, frequentemente alimentadas por informação insuficiente ou distorcida (Jongh,Horst.;1993). Adicionalmente, a transmissão social do medo, por meio de narrativas negativas de familiares ou amigos, constitui uma via indireta de aquisição de ansiedade (Ost, Hugdahl .;1985).

A investigação das reações emocionais antecipatórias frente a uma consulta odontológica iminente evidencia um panorama psicológico heterogêneo e polarizado. A distribuição fragmentada das respostas demonstra a ausência de um padrão único de reação, configurando um espectro que varia da tranquilidade plena ao medo intenso. Apenas 29,5% dos pacientes declararam sentir-se completamente tranquilos diante da perspectiva de uma consulta no dia seguinte, enquanto a maioria (70,5%) relatou algum nível de apreensão. Destaca-se que 38,4% dos participantes — aqueles que expressaram “medo do que poderia acontecer” ou “muita apreensão” — apresentam níveis de ansiedade potencialmente clínicos, capazes de atuar como barreiras efetivas ao cuidado odontológico regular. A distribuição relativamente equilibrada entre os diferentes graus de ansiedade (16,7% ligeiramente preocupados, 15,4% com desconforto maior, 17,9% com medo e 20,5% muito apreensivos) sugere a presença de subgrupos distintos de pacientes, cada qual demandando estratégias específicas de manejo emocional. O grupo dos “muito apreensivos” (20,5%) merece atenção especial, pois pode apresentar respostas fisiológicas exacerbadas ao estresse, beneficiando-se de intervenções mais estruturadas, como técnicas de relaxamento, apoio psicológico breve ou sedação consciente. Esses achados reforçam a importância da triagem sistemática dos níveis de ansiedade ainda na etapa de agendamento, possibilitando que a equipe odontológica planeje abordagens personalizadas. Além disso, evidenciam a necessidade de estratégias de preparação psicológica prévia — como comunicação empática, explicação detalhada dos procedimentos e uso de técnicas de distração — com o objetivo de reduzir a ansiedade antecipatória e prevenir a evitação do tratamento. A identificação desses diferentes perfis emocionais constitui subsídio relevante para o desenvolvimento de práticas odontológicas mais humanizadas e psicologicamente sensíveis, contribuindo para a redução do medo, a adesão ao tratamento e a quebra do ciclo de evitação característico da fobia odontológica. A ansiedade antecipatória clinicamente relevante em 38,4% da amostra é um dado alarmante que sublinha uma falha sistêmica. Ignorar este momento é negligenciar uma janela de intervenção crucial para quebrar o ciclo de

evitação, que é a principal consequência debilitante da fobia odontológica (Oosterink , Jongh, Aartman.; 2009).

Os resultados da análise do estado emocional dos pacientes na sala de espera odontológica evidenciam uma carga emocional considerável, marcada por uma polarização entre tranquilidade e ansiedade intensa. Os resultados demonstram que a sala de espera não constitui apenas um espaço de transição, mas sim um ambiente crítico de expressão e amplificação da ansiedade pré-atendimento. A distribuição quase simétrica entre pacientes tranquilos (23,1%) e aqueles que relataram ansiedade ou medo (23,1%) revela uma divisão clara nas experiências emocionais vivenciadas nesse contexto. Destaca-se, contudo, que 35,9% dos participantes apresentaram reações ansiosas moderadas a severas — incluindo 19,2% "tensos", 23,1% "ansiosos ou com medo" e 12,8% "extremamente ansiosos, com sintomas físicos" — indicando que, para mais de um terço da amostra, o período de espera é percebido como uma experiência psicologicamente desgastante e potencialmente aversiva. A presença de manifestações somáticas de ansiedade, como sudorese e mal-estar (12,8%), sugere níveis clinicamente relevantes de ansiedade odontológica, com possíveis implicações fisiológicas significativas. Esses pacientes, identificados como grupo de maior vulnerabilidade, demandam estratégias específicas de acolhimento e manejo emocional. O grupo intermediário, representado por 21,8% dos participantes que se declararam "um pouco desconfortáveis", também merece atenção, pois, embora não apresente ansiedade incapacitante, pode se beneficiar de intervenções simples de ambientação e comunicação empática. Esses achados reforçam a necessidade de reconfigurar a sala de espera como parte ativa do processo terapêutico. Estratégias como ambientação sonora relaxante, iluminação suave, disposição acolhedora do espaço, disponibilização de informações claras sobre o procedimento e capacitação da equipe para reconhecer e intervir diante de sinais de ansiedade podem reduzir significativamente o estresse prévio ao atendimento. A constatação de que a ansiedade se manifesta de forma marcante já na sala de espera evidencia a importância de intervenções precoces no fluxo de atendimento. O manejo adequado nesse estágio inicial pode favorecer maior cooperação do paciente durante o procedimento e melhorar sua percepção global da experiência odontológica. A ansiedade de desempenho, o medo do desconhecido e as memórias de experiências prévias negativas atingem seu clímax neste momento de espera, tornando-o um período de alta vulnerabilidade (Armfield.; 2013). Enquanto a literatura tem focado predominantemente na ansiedade durante o procedimento, o período pré-atendimento na sala de espera tem sido negligenciado como um alvo de intervenção sistemática. Com base no modelo de incerteza e antecipação de Grupe e Nitschke (2013), a ansiedade pré-operatória identificada como momento de maior vulnerabilidade pode ser compreendida como uma resposta adaptativa mal-adaptada à incerteza inerente ao procedimento cirúrgico. De acordo com este referencial, a ansiedade emerge precisamente quando o indivíduo se depara com a impossibilidade de prever com exatidão a probabilidade, o momento ou a natureza de uma ameaça

futura — no caso, a dor ou o desconforto do tratamento. Nossos achados, que apontam o "medo do desconhecido" e a "percepção de perda de controle" como centrais, refletem diretamente os processos descritos pelo modelo, nos quais a incerteza ativa uma rede neural (envolvendo amígdala, ínsula anterior e córtex cingulado anterior) que induz a estimativas infladas da ameaça, hipervigilância e reatividade emocional exacerbada. Esta interpretação neuropsicológica corrobora a ideia de que a ansiedade odontológica não é meramente uma reação ao estímulo doloroso em si, mas sim uma complexa resposta antecipatória à sua imprevisibilidade.

Os resultados da análise do estado emocional dos pacientes no momento em que aguardam, já posicionados na cadeira odontológica, o preparo do motor, evidencia um quadro de intensa vulnerabilidade psicológica — configurando-se como o ponto de maior pico de ansiedade durante o atendimento. Os dados indicam que esse momento desencadeia reações emocionais mais intensas do que os períodos anteriores, tornando-se o ápice do desconforto emocional no fluxo clínico. A alta prevalência de pacientes que se declararam “tensos” (32,1%) associada aos 28,2% que relataram ansiedade explícita ou severa (19,2% “ansiosos ou com medo” e 9,0% “extremamente ansiosos”) demonstra que 60,3% dos indivíduos apresentam reações emocionais negativas marcantes. Tal achado sugere que o som característico do motor odontológico atua como estímulo condicionado de ansiedade, evocando memórias auditivas desagradáveis ou a expectativa antecipatória de dor e perda de controle. O contraste entre os 16,7% de pacientes tranquilos e os 23,1% que se declararam apenas “um pouco desconfortáveis” revela que menos de 40% conseguem manter estabilidade emocional neste momento crítico. A presença de manifestações somáticas em 9,0% dos pacientes (“suar e sentir-se mal”) reforça a ativação fisiológica do sistema nervoso autônomo, típica de respostas ansiosas intensas. Esses resultados possuem implicações práticas relevantes, apontando para a necessidade de reestruturação desse momento clínico específico. Dentre os diversos estímulos presentes no ambiente odontológico, o som do motor emerge como um candidato singularmente potente. Suas características acústicas (agudo, de alta frequência e associado a vibração) e, mais importante, sua vinculação histórica e cultural com a experiência de dor e intervenção invasiva, o tornam um estímulo condicionado primário (Davey.;1989). Estratégias como explicações prévias detalhadas sobre o funcionamento dos instrumentos, uso de música relaxante com fones de ouvido, demonstração visual do equipamento antes do acionamento e o estabelecimento de sinais não verbais de comunicação com o paciente podem atenuar significativamente a ansiedade. A identificação deste ponto como o principal gatilho emocional dentro da jornada odontológica orienta o direcionamento de intervenções psicológicas e ambientais mais precisas, potencialmente promovendo maior conforto, cooperação e satisfação do paciente, além de otimizar o desempenho clínico do profissional.

Os resultados da análise do estado emocional dos pacientes no momento em

que aguardam o dentista manusear os instrumentos odontológicos evidencia um quadro de elevada intensidade psicológica, caracterizado por ampla predominância de respostas ansiosas que afetam 79,5% da amostra. Esse momento configura-se como um segundo pico de ansiedade dentro do atendimento odontológico, equiparável, em relevância emocional, ao preparo do motor identificado na questão anterior. A distribuição das respostas revela uma progressão gradativa do desconforto emocional: 21,8% dos pacientes relataram estar “um pouco desconfortáveis”, 24,4% “tensos”, 23,1% “ansiosos ou com medo” e 10,3% apresentaram manifestações somáticas intensas (“suar e sentir-se mal”). Tal padrão sugere que a visualização direta dos instrumentos odontológicos atua como potente estímulo condicionado, desencadeando respostas ansiosas associadas simbolicamente à dor, invasão corporal ou memórias de experiências negativas anteriores. Em comparação com o momento do preparo do motor (Questão 11), observa-se nível semelhante de ansiedade, porém com redistribuição das intensidades: leve aumento na categoria “tenso” e redução nos extremos da escala. Esse achado indica que, enquanto o som do motor evoca uma resposta de medo mais imediata e fisiológica, a visualização dos instrumentais desperta uma ansiedade mais antecipatória e cognitiva, centrada na expectativa do procedimento iminente. A ocorrência de reações somáticas em 10,3% dos pacientes reforça o componente psicofisiológico dessa resposta emocional, evidenciando ativação autonômica típica de estados de estresse agudo. Esse subgrupo demanda atenção clínica diferenciada, uma vez que suas reações extrapolam o desconforto psicológico e podem interferir diretamente na condução do atendimento. Esses resultados possuem implicações práticas relevantes, indicando a necessidade de protocolos específicos para a exposição e manuseio de instrumentais odontológicos. A Teoria da Preparação sugere que os humanos são biologicamente predispostos a associar rapidamente certos estímulos (como objetos pontiagudos ou que sugerem invasão) com perigo (Seligman.;1971). Estratégias como o uso de campos visuais que minimizem a visão direta dos instrumentos, técnicas de dessensibilização sistemática e comunicação verbal e não verbal tranquilizadora durante essa etapa crítica podem reduzir significativamente a ansiedade. A identificação deste momento como o segundo pico de ansiedade no fluxo operatório fornece subsídios valiosos para a elaboração de intervenções temporizadas de manejo emocional, permitindo ações direcionadas nos períodos de maior vulnerabilidade psicológica e promovendo melhora substancial na experiência global e na adesão ao tratamento odontológico.

A aquisição e manutenção da ansiedade odontológica observada em nossa amostra podem ser compreendidas através dos processos de condicionamento pavloviano descritos por Davey (1989). O autor demonstra que experiências dolorosas funcionam como estímulos incondicionados (UCS) que, quando pareados com estímulos inicialmente neutros - como o ambiente odontológico, o som do motor ou a visualização de instrumentais -, transformam-nos em estímulos condicionados (CS) capazes de eliciar

respostas de medo por si sós. Nossos achados corroboram este modelo, particularmente no que se refere ao papel da inibição latente: pacientes que desenvolveram ansiedade relataram seu primeiro trauma dental significativamente mais cedo em sua história de tratamento, enquanto aqueles com históricos prévios de experiências não-dolorosas mostraram maior resiliência, consistentemente com o efeito protetor de múltiplas exposições ao CS sem o UCS. Ademais, a persistência do medo em alguns pacientes, apesar de intervenções, pode ser explicada pelo mecanismo de reavaliação do UCS proposto por Davey, no qual a representação cognitiva da dor dental mantém-se aversiva mesmo na ausência de novas experiências traumáticas, destacando a necessidade de intervenções que modifiquem diretamente esta avaliação cognitiva da experiência dolorosa (Davey.;1989).

Os achados deste estudo corroboram o entendimento da ansiedade odontológica como um constructo multifatorial, no qual predisposições individuais, experiências prévias negativas e fatores cognitivos de ameaça interagem dinamicamente, conforme proposto por Armfield et al. (2006). Esta complexidade é ainda ampliada quando se considera a influência de traços ansiosos mais gerais, um aspecto também identificado por (Lago-Méndez.et.al.;2006) em seu estudo com pacientes submetidos a exodontias. Nossos resultados reforçam que esta intricada rede de fatores não se manifesta de forma isolada, mas é intensificada por um padrão comportamental crítico: o "ciclo do medo odontológico", detalhado por Armfield (2013). Este ciclo, no qual a ansiedade leva à evitação do tratamento e consequentemente a experiências dentárias mais traumáticas e tardias, foi claramente observado em nossa amostra, onde uma parcela significativa dos atendimentos foi motivada por dor, perpetuando assim o circuito de medo e sofrimento.

Esse padrão de demanda curativo-emergencial transcende a esfera individual, refletindo fragilidades estruturais do modelo de atenção à saúde bucal (Petersen.;2003) corrobora essa interpretação ao assinalar que, em sistemas de saúde frágeis, a experiência odontológica é frequentemente associada à urgência e ao alívio da dor, um cenário que se alinha perfeitamente com o perfil de nossa amostra. Neste contexto, a perspectiva da epidemiologia do curso de vida, tal como articulada por Nicolau et al. (2007), oferece uma lente crucial, sugerindo que as desvantagens psicossociais acumuladas ao longo da vida atuam como um substrato que intensifica a vulnerabilidade emocional frente ao tratamento odontológico.

No que concerne aos desencadeadores imediatos da crise ansiosa, nossos dados convergem fortemente com as evidências apresentadas por Oosterink et al. (2008), que hierarquizam os estímulos ansiogênicos, posicionando os de natureza invasiva — como o som do motor e o manuseio de instrumentais perfurantes — no topo da lista. Identificamos que são justamente esses estímulos concretos, e não apenas a ansiedade antecipatória difusa, os principais responsáveis pelos picos de ansiedade no pré-operatório, funcionando como sinais condicionados de ameaça iminente.

Diante desse quadro complexo, o manejo da ansiedade exige uma abordagem igualmente multifacetada. Moore et al. (1991) já defendiam a integração equilibrada entre intervenções psicológicas e farmacológicas. No entanto, nossos achados revelam uma contradição prática: os pacientes, embora valorizem estratégias relacionais como a "conversa durante o procedimento", demonstram um desconhecimento quase completo sobre técnicas comportamentais estruturadas. Esta lacuna entre a teoria e a prática clínica corrobora a assertiva de Roberts et al. (2010) de que a comunicação empática é o alicerce incontornável para um cuidado odontológico efetivo, destacando a necessidade urgente de transpor para a clínica de adultos princípios comportamentais já consolidados na odontopediatria, a fim de construir uma experiência odontológica verdadeiramente terapêutica e superar o modelo predominantemente farmacocêntrico.

Com base na Teoria da Preparação de (Seligman.;1971), os achados deste estudo que identificaram picos de ansiedade associados ao som do motor e à visualização de instrumentos odontológicos podem ser reinterpretados como manifestações de uma aprendizagem preparada. Estímulos como agulhas, instrumentos pontiagudos e sons de alta rotação, por estarem evolutivamente associados a ameaças de invasão corporal e dor, são facilmente condicionados como desencadeadores de medo intenso e resistente à extinção. Essa predisposição biológica explica por que a ansiedade odontológica frequentemente adquire caráter seletivo, não cognitivo e persistente, mesmo na ausência de experiências traumáticas recentes. Dessa forma, a ineficácia de meras explicações racionais (“não vai doer”) e a necessidade de estratégias como a dessensibilização sistemática e o condicionamento por contrapareamento reforçam a ideia de que o manejo da ansiedade em cirurgias odontológicas deve transcender abordagens puramente farmacológicas, incorporando intervenções baseadas na natureza preparada do medo odontológico (Seligman.;1971).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise integrada dos resultados confirma que a ansiedade odontológica é um fenômeno multifatorial e dinâmico, com manifestações que variam em intensidade e momento ao longo de toda a experiência clínica. Observou-se uma progressão clara da ansiedade, atingindo seu ápice nos momentos que antecedem o contato direto com instrumentos e equipamentos, especialmente durante o preparo do motor (60,3%) e a visualização dos instrumentais (57,8%). A predominância de respostas ansiosas na fase pré-operatória evidencia que a vulnerabilidade emocional do paciente se instala antes mesmo da intervenção clínica, configurando-se como etapa crítica para o manejo psicológico. O perfil sociodemográfico — marcado por 61,5% de participantes oriundos

da rede pública de ensino — sugere a influência de determinantes sociais sobre as percepções e experiências odontológicas, associadas a desigualdades de acesso e informação preventiva. As principais fontes de medo identificadas — experiências negativas anteriores (38,5%) e desconhecimento sobre os procedimentos (38,5%) — reforçam a necessidade de intervenções complementares que integrem dessensibilização de traumas e educação comunicacional estruturada, a fim de reduzir a ansiedade antecipatória e fortalecer o vínculo terapêutico. De forma abrangente, os achados deste estudo sustentam a urgência de uma reorientação do modelo assistencial odontológico, que ultrapasse a dimensão técnica e incorpore o cuidado emocional como componente central. A valorização da comunicação, do acolhimento e da preparação psicológica do paciente configura-se como estratégia essencial para a promoção de uma odontologia verdadeiramente humanizada e eficaz.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. O. et al. Eficácia e segurança da sedação oral em pacientes adultos submetidos a procedimentos odontológicos: protocolo para uma revisão sistemática. BMJ Open, v. 8, n. 1, p. e017681, 2018. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/8/1/e017681. Acesso em: 28 fev. 2025.

CARVALHO, Ricardo Wathson Feitosa de et al. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva, [S. l.], v. 17, n. 7, p. 1915-1922, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/mhzYV4p5PxYSLPGJHVQyHZP/?lang=pt. Acesso em: 28 fev. 2025.

COSTA, R. S. M.; RIBEIRO, S. N.; CABRAL, E. D. Fatores determinantes de experiência dolorosa durante atendimento odontológico. Revista Dor, v. 13, n. 4, p. 365-370, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rdor/a/. Acesso em: 28 fev. 2025.

DANTAS, Diego Cunha; MARINHO, Vinicius Lopes; PINTO, Kaique Santana. Prevalência de ansiedade frente à cirurgia oral: Um estudo com usuários da clínica escola de odontologia da Universidade de Gurupi. Amazonia: Science & Health, v. 7, n. 4, p. 69-77, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v7n4p69-77. Acesso em: 28 nov. 2024.

DE OLIVEIRA FELIPE SILVA, Georgiana et al. Utilização de benzodiazepínicos na sedação consciente por via oral em atendimento odontológico: uma revisão narrativa. Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 247–253, 2024. DOI: 10.17695/rcsne.vol22.n2.p247-253. Disponível em: https://revista.facene.com.br/index.php/revistane/article/view/859. Acesso em: 5 mar. 2025.

ELIZA DURÃES DE FARIA, A. et al. Terapias alternativas e complementares e seu uso na odontologia – revisão de literatura. Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia, [S. l.], v. 51, n. 1, 2021. DOI: 10.9771/revfo.v51i1.44221. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/revfo/article/view/44221. Acesso em: 28 fev. 2025.

FACCO, Enrico; ZANETTE, Gastone. A odisseia da ansiedade dentária: da pré-história ao presente. Uma revisão narrativa. Frontiers in Psychology, v. 8, n. 1155, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01155. Acesso em: 28 fev. 2025.

FIGUEIREDO, C. H. M. da C. et al. Nível de ansiedade dos pacientes submetidos ao atendimento odontológico. Archives of Health Investigation, [S. l.], v. 9, n. 4, 2020. DOI: 10.21270/archi.v9i4.4724. Disponível em: https://archhealthinvestigation.com.br/ArcHI/article/view/4724. Acesso em: 28 fev. 2025.

GOMES, G. B.; STABILE, C. L. P.; XIMENES, V. S. Avaliação e manejo da ansiedade e fobia odontológica: a psicologia na formação do cirurgião-dentista. Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre, [S. l.], v. 61, n. 2, p. 80–94, 2020. DOI: 10.22456/2177-0018.101020. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/RevistadaFaculdadeOdontologia/article/view/101020. Acesso em: 6 mar. 2025.

JUNQUEIRA, Ana Carolina. O efeito da música no estresse de pacientes adultos durante cirurgias odontológicas: estudo randomizado, caso-controle e multiparamétrico. 2013.
Dissertação (Mestrado em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais) – Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. DOI: 10.11606/D.23.2013.tde-28052013-193821. Acesso em: 4 mar. 2025.

LUX, E. A. et al. A suplementação de acupuntura auricular é eficaz durante a extração cirúrgica de dentes sob anestesia local? Um estudo piloto. Schmerz, v. 31, n. 3, p. 251-260, 2017. DOI: 10.1007/s00482-017-0212-3. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s00482-017-0212-3. Acesso em: 28 fev. 2025.

MACHADO, Elaine Aparecida Ferreira; PINTO, Rodrigo Moreira Caetano. Medo e Ansiedade durante o tratamento odontológico: Como a Psicologia pode ajudar?. Visão Acadêmica, [S. l.], v. 22, n. 3, 2021. DOI: 10.5380/acd.v22i3.81333. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/81333. Acesso em: 28 fev. 2025.

NEZHAD, H. M.; ASHOURIOUN, A.; SADEGHDAGHIGHI, A. The effect of virtual reality for anxiety and pain in dentistry: A systematic review and meta-analysis. Community Dental Health, v. 41, n. 4, p. 248-255, 28 nov. 2024. DOI: 10.1922/CDH_00160Nezhad08. PMID: 39535423.

NIEMCZYK, Wojciech et al. Fatores que influenciam a ansiedade peri-extração: um estudo transversal. Dentistry Journal, v. 12, n. 187, p. 1-10, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.3390/dj12060187. Acesso em: 28 fev. 2025.

PRESOTO, Cristina Dupim et al. Escala de Ansiedade Odontológica: Reprodutibilidade das Respostas Dadas em Entrevistas Telefônicas e Pessoais. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 191-198, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pboci/a/mhzYV4p5PxYSLPGJHVQyHZP/?lang=pt. Acesso em: 28 fev. 2025.

ROCHA, Swellen Silva da et al. Níveis de ansiedade associados ao atendimento odontológico. Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação, [S. l.], v. 10, n. 5, p. 2924–2937, 2024. DOI: 10.51891/rease.v10i5.13954. Disponível em: https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/13954. Acesso em: 9 mar. 2025.

SILVA, Georgiana de Oliveira Felipe et al. Utilização da sedação consciente por via oral em atendimento odontológico: uma revisão narrativa. Revista Ciência Saúde Nova Esperança, João Pessoa-PB, v. 22, n. 2, p. 247-253, 2024. Disponível em: https://doi.org/10.17695/rcsne.vol22.n2.p247-253. Acesso em: 28 fev. 2025.

SILVA, T. André Peres et al. Sedação inalatória com óxido nitroso na prática clínica odontológica: revisão integrativa. Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences, [S. l.], v. 5, n. 5, p. 2740–2764, 2023. DOI: 10.36557/2674-8169.2023v5n5p2740-2764. Disponível em: https://bjihs.emnuvens.com.br/bjihs/article/view/835. Acesso em: 4 mar. 2025.

APPUKUTTAN, D. P. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry, v. 8, p. 35-50, 2016. DOI: 10.2147/CCIDE.S63626. Disponível em: https://www.dovepress.com/strategies-to-manage-patients-with-dental-anxiety-and-dental-phobia--peer-reviewed-article-CCIDE. Acesso em: 13 out. 2025.

ARMFIELD, J. M. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. Australian Dental Journal, v. 55, n. 4, p. 368-377, 2010. DOI: 10.1111/j.1834-7819.2010.01256.x. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2010.01256.x. Acesso em: 13 out. 2025.

PETERSEN, P. E. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v. 31, supl. 1, p. 3-24, 2003. DOI: 10.1046/j.2003.com122.x. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.2003.com122.x. Acesso em: 13 out. 2025.

CORAH, N. L. et al. An assessment of a dental stress scale. Journal of the American Dental Association, v. 116, n. 6, p. 816-819, 1988. DOI: 10.14219/jada.archive.1988.0110. Disponível em: https://jada.ada.org/article/S0002-8177(88)65016-9/fulltext. Acesso em: 13 out. 2025.

DAVEY, G. C. L. Dental phobias and anxieties: evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. Behaviour Research and Therapy, v. 27, n. 1, p. 51-58, 1989. DOI: 10.1016/0005-7967(89)90119-8. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0005796789901198. Acesso em: 13 out. 2025.

DE JONGH, A.; TER HORST, G. What do anxious patients think? An investigation of dental fear and cognitions. Anxiety, Stress & Coping, v. 6, n. 4, p. 281-294, 1993. DOI: 10.1080/10615809308248381. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10615809308248381. Acesso em: 13 out. 2025.

ÖST, L. G.; HUGDAHL, K. Acquisition of blood and dental phobia and anxiety response patterns in clinical patients. Behaviour Research and Therapy, v. 23, n. 1, p. 27-34, 1985. DOI: 10.1016/0005-7967(85)90139-8. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0005796785901398. Acesso em: 13 out. 2025.

DE JONGH, A.; AARTMAN, I. H. A. Negative events and their potential consequences for the dental care experience. Community Dentistry and Oral Epidemiology, v. 37, n. 4, p. 295-299, 2009. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2009.00475.x. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0528.2009.00475.x. Acesso em: 13 out. 2025.

ARMFIELD, J. M. Towards a better understanding of dental fear and anxiety: cognition, motivation, and context. Journal of Dental Research, v. 92, n. 8, p. 708-709, 2013. DOI: 10.1177/0022034513493343. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022034513493343. Acesso em: 13 out. 2025.

SELIGMAN, M. E. P. Phobias and preparedness. Behavior Therapy, v. 2, n. 3, p. 307-320, 1971. DOI: 10.1016/S0005-7894(71)80064-3. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005789471800643. Acesso em: 13 out. 2025.

BECK, A. T.; CLARK, D. A. An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. Behaviour Research and Therapy, v. 35, n. 1, p. 49-58, 1997. DOI: 10.1016/S0005-7967(96)00069-1. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0005796796000691. Acesso em: 13 out. 2024.

GRUPE, D. W.; NITSCHKE, J. B. Uncertainty and anticipation in anxiety: an integrated neurobiological and psychological perspective. Nature Reviews Neuroscience, v. 14, n. 7, p. 488-501, 2013. DOI: 10.1038/nrn3524. Disponível em: https://www.nature.com/articles/nrn3524. Acesso em: 13 out. 2025.

STREET, R. L., Jr.; MAKOUL, G.; ARORA, N. K.; EPSTEIN, R. M. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. Patient Education and Counseling, v. 74, n. 3, p. 295-301, 2009. DOI: 10.1016/j.pec.2008.11.015. Disponível em: https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399108005726. Acesso em: 13 out. 2025.