

MARIA ALICE FERNANDES FERREIRA

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA NA PRIMEIRA INFÂNCIA:
UMA ALTERNATIVA PARA SE EVITAR O MEDO E A ANSIEDADE
RELACIONADOS AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

CORINTO – MINAS GERAIS

2012

MARIA ALICE FERNANDES FERREIRA

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA NA PRIMEIRA INFÂNCIA:
UMA ALTERNATIVA PARA SE EVITAR O MEDO E A ANSIEDADE
RELACIONADOS AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^o. Bruno Leonardo de Castro Sena

CORINTO – MINAS GERAIS

2012

MARIA ALICE FERNANDES FERREIRA

**ODONTOLOGIA PREVENTIVA NA PRIMEIRA INFÂNCIA:
UMA ALTERNATIVA PARA SE EVITAR O MEDO E A ANSIEDADE
RELACIONADOS AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof^o. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora:

Prof^o. Bruno Leonardo de Castro Sena (Orientador)

Prof^o. Heriberto Fiuza Sanchez

Aprovado em Belo Horizonte, 30/06/2012.

Dedico aos meus familiares, especialmente
à minha doce Giovanna (sentido da minha vida)
e ao meu marido Júnior, carinhos maiores geradores de força
e motivação para a concretização deste trabalho.

Agradeço ao “Pai” Deus, razão maior da minha existência, pela força e presença marcante em todos os momentos da minha vida;
à minha Mãezinha do Céu, pela proteção;
ao núcleo de estudos em saúde coletiva da Faculdade de Medicina da UFMG, por acreditar na Estratégia Saúde da Família e dedicar ao ensino de milhares de profissionais;
à tutora Silmeiry, pela dedicação e prestimosa colaboração na realização do Curso;
ao orientador Profº. Bruno Sena que, mesmo à distância, motivou-me e se fez tão presente e compromissado neste trabalho, tornando-se fundamental para a sua conclusão;
à equipe de Saúde Bucal de Ibiracatu, pela parceria;
à Secretaria de Saúde de Ibiracatu, por possibilitar aos funcionários investirem em educação, para que assim possam ofertar os melhores serviços e condutas aos usuários do serviço público;
à Rom, Rosa e Tininha, pelo auxílio e cuidado com a minha família em todas as horas, especialmente naquelas que estive ausente;
às amigas e também colegas Laura, Ana, Larissa e Carol, pela amizade, conhecimento compartilhado, apoio, companheirismo e risadas em todas as etapas deste curso;
e a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desse trabalho:

Obrigada !!!

“ Instrua a criança segundo os objetivos que você tem para ela, e mesmo com o passar dos anos não se desviará deles. ”

Provérbios de Salomão, 22:6

RESUMO

Apesar do avanço científico e tecnológico, o medo e a ansiedade frente ao tratamento odontológico ainda representam uma barreira aos serviços de saúde bucal, constituindo um problema para a promoção desta, o que favorece a ineficácia dos resultados nesta área. O objetivo desse trabalho é buscar conhecimentos suficientes a respeito da Odontologia Preventiva na primeira infância para que a mesma seja aplicada no contexto da atenção primária de saúde como uma alternativa para se evitar ou, pelo menos, diminuir os tratamentos traumáticos e mais complexos e, conseqüentemente, eliminar o medo e a ansiedade relacionados ao tratamento odontológico. As informações foram obtidas através de revisão de literatura de artigos pertinentes ao assunto em questão nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVSMS), Coleção de Revistas e Artigos Científicos (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Acadêmico, literatura nacional de periódicos e livros especializados. Foram utilizadas, para sua busca, as palavras chaves: “Odontologia Preventiva”, “Medo” e “Ansiedade ao Tratamento Odontológico”. Foram selecionados estudos nacionais e internacionais referentes ao tema do trabalho publicados entre 1988 e 2011 e 66 mereceram destaque devido a sua extrema importância em relação ao assunto escolhido. Após a análise dos referidos artigos pôde-se constatar que a ansiedade e o medo relacionados ao atendimento odontológico estão associados com uma história prévia de atendimento traumatizante, frequentemente ocorrida na infância. O temor ao tratamento odontológico gera um problema cíclico. Quando o tratamento preventivo não ocorre por motivo de medo, a patologia dentária assume proporções que exigem tratamentos curativos ou emergenciais. Esses tratamentos, geralmente, são invasivos e, portanto, desconfortáveis, conseqüentemente, o medo e a fuga ao tratamento odontológico se exacerbam, estabelecendo-se, assim, o ciclo. As manifestações de medo ou ansiedade na criança podem ser atenuadas por meio de procedimentos profiláticos que devem ser usados na rotina da consulta, visando a ampliar o seu campo perceptivo em relação ao tratamento odontológico. Concluiu-se que a promoção de saúde bucal na primeira infância através de uma boa comunicação e proximidade entre profissionais e usuários, bem como as consultas odontológicas de rotina e os procedimentos educativos e preventivos, pode reduzir o índice de patologias orais evitando ou minimizando a ocorrência de situações clínicas invasivas e dolorosas, diminuindo, assim, a ansiedade ao tratamento odontológico, favorecendo a quebra do ciclo: medo do tratamento odontológico – fuga das consultas – baixa saúde bucal.

Palavras-Chave: Odontologia Preventiva, Medo, Ansiedade ao Tratamento Odontológico.

ABSTRACT

Despite the scientific and technological advancement, the fear and the anxiety related to the dental treatment still represent a barrier to the services of oral health, constituting a problem for the promotion of it, which favors the ineffectiveness of results in this area. The aim of this paper is to seek enough knowledge about Preventive Dentistry in early childhood for it to be applied in the context of primary health care as an alternative to avoid or at least lessen the traumatic and more complex treatments and thus eliminate the fear and anxiety related to dental treatment. Information was obtained through literature review of articles relevant to the subject in the following databases: Virtual Health Library (BVSMS), Collection of Scientific Journals and Articles (SCIELO), Latin American and Caribbean Health Sciences Literature (LILACS), Google Scholar, national literature journals and specialized books. The following key words were used on this research: "Preventive Dentistry", "Fear" and "Dental Anxiety". We selected national and international studies on the subject of this work published between 1988 and 2011 and 66 stood out because of its extreme importance in relation to the chosen subject. After analysis of these articles could be seen that anxiety and fear related to dental care are associated with a history of traumatic care often occurred in childhood. The fear of dental treatment generates a cyclical problem. When the preventive treatment does not occur because of fear, dental pathology assumes proportions that require curative or emergency treatments. These treatments generally are invasive and therefore uncomfortable, as a result the fear and the avoidance of dental care greatly increase, establishing thereby the cycle. Expressions of fear or anxiety in children can be eased by prophylactic procedures that must be used in routine dental visits in order to enlarge their perceptual field in relation to dental treatment. It was concluded that oral health promotion in early childhood through good communication and closeness between professionals and users, as well as routine dental visits and educative and preventive procedures can reduce the incidence of oral diseases by avoiding or minimizing the occurrence of invasive and painful medical conditions, thereby reducing anxiety during dental treatment, favoring the breaking of the cycle: fear of dental treatment - escape from the dental visits - low oral health.

Key words: Preventive Dentistry, Fear, Dental Anxiety

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEABSF- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

CEO- Centro de Especialidades Odontológicas

ESB- Equipe de Saúde Bucal

PSF- Programa de Saúde da Família

SUS- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVO	14
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	15
5 REVISÃO DE LITERATURA	16
5.1 O MEDO E A ANSIEDADE NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA	16
5.1.1 Evidências	16
5.1.2 A Origem do Medo e da Ansiedade na Infância	21
5.1.3 A Influência do Medo e da Ansiedade na Assistência Odontológica...23	
5.2 ODONTOLOGIA PREVENTIVA NA PRIMEIRA INFÂNCIA	27
5.2.1 A Importância das Ações Odontológicas Preventivas na Primeira Infância	27
6 DISCUSSÃO	35
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	43

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, no Brasil, houve um grande avanço na oferta de tratamento odontológico pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A rede pública conta com o atendimento odontológico no Programa Saúde da Família (PSF), atendimento odontológico nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e, ainda, atendimento preventivo e curativo convencional em Centros de Saúde. O não comparecimento dos pacientes, que utilizam os serviços do SUS, aos consultórios odontológicos do PSF e CEO pode representar um grande problema de saúde pública na organização da demanda aos serviços de saúde bucal. Para que esta população possa usufruir de forma equânime dos serviços de saúde bucal, oferecidos pelo SUS, é necessário conhecer as barreiras que podem interferir no acesso ao tratamento odontológico dessas pessoas.

Em relação à atenção odontológica, o medo e a ansiedade têm sido relacionados com a “fuga” do tratamento, representando uma barreira à utilização desses serviços, mesmo quando muito necessários, comprometendo a saúde bucal do indivíduo. Esses sentimentos contribuem para o aumento das doenças da cárie e periodontais na população que voluntariamente não comparece aos consultórios mesmo sob manifestações agudas ou crônicas das doenças, aumentando a estatística da população de doente, algumas inclusive com repercussões sistêmicas graves.

O medo e a ansiedade frente ao tratamento odontológico têm sido objeto de estudos há décadas. Estudos recentes realizados por diversos autores de vários países, em função do grande índice de doenças bucais e suas manifestações sistêmicas, que se tornaram um problema de saúde pública, apesar de todo o avanço técnico-científico que vem sendo agregado a Odontologia, comprovam que um fator impeditivo ao tratamento odontológico preventivo e curativo é o medo e a ansiedade.

A prática odontológica, historicamente, tem se caracterizado pela realização de procedimentos invasivos. Esse processo de trabalho contribui para o entendimento das causas da ansiedade no paciente, influenciando desde a sua procura e frequência ao profissional da Odontologia até sua cooperação durante o tratamento. Levantamentos internacionais mostram que grande parte da população

evita visitar os consultórios odontológicos como rotina. Este tipo de serviço apenas é buscado quando há a sensação de necessidade de tratamento, ou seja, na presença de sinais e/ou sintomas clínicos como dor, edema e fístulas.

A infância caracteriza-se como um período crítico para o desenvolvimento do medo e/ou ansiedade, sendo esta uma causa significativa do absenteísmo odontológico na adolescência e fase adulta, pois a forma como a criança elabora internamente essa experiência é decisiva na formação de suas futuras expectativas e reações em relação à Odontologia.

A definição legal diz que integralidade é a integração de atos preventivos, curativos, individuais e coletivos, em cada caso dos níveis de complexidade. Já pela perspectiva dos usuários, a ação integral tem sido frequentemente associada ao tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo. Dentro deste contexto de inclusão, o cuidado do indivíduo deve prever também a necessidade de implementação de ações que visem reduzir a ansiedade e aumentar a segurança nos diversos segmentos de atendimento ambulatorial em saúde bucal.

A promoção de saúde bucal na primeira infância através de uma boa comunicação e proximidade entre profissionais e usuários bem como as consultas odontológicas de rotina e os procedimentos preventivos, podem evitar ou minimizar a ocorrência de situações clínicas invasivas e dolorosas, reduzindo assim a ansiedade ao tratamento odontológico, favorecendo a quebra do ciclo: medo do tratamento odontológico – fuga das consultas – baixa saúde bucal. Acredita-se que esse é um dos caminhos para o enfrentamento do uso desigual dos serviços de saúde bucal pela população.

2 JUSTIFICATIVA

A maioria das pessoas cobertas pelo PSF Urbano do município de Ibiracatu - MG possui dentes cariados ou já apresentaram a doença em algum momento da vida. Este problema foi identificado durante o diagnóstico situacional realizado pela Equipe de Saúde do PSF Urbano que utilizou o método de estimativa rápida apoiada em entrevistas com os informantes-chave, em observações ativas e em discussões entre os profissionais da equipe durante a participação no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF). Não se pode ainda quantificar com precisão esta incidência, pois a Equipe de Saúde Bucal (ESB) ainda não concluiu a pesquisa epidemiológica, mas isso fica muito evidente quando se observa a grande demanda pelos serviços odontológicos. Usuários de todas as idades necessitam de tratamento e controle da cárie. Um dos fatores que interferem negativamente no controle e no tratamento não somente do processo carioso como também de outras importantes afecções orais (como a periodontite) na assistência à saúde bucal da Equipe é o medo e a ansiedade dos pacientes em relação ao tratamento odontológico, conforme conversas informais e relatos durante as consultas ao dentista.

A ansiedade e o medo são fatores de fuga ao tratamento odontológico no PSF Urbano representando para muitos usuários uma barreira à utilização desses serviços, comprometendo a sua saúde bucal. Diante dessa realidade, que confirma a necessidade de reduzir a ansiedade e o medo de alguns usuários que serão submetidos aos procedimentos clínicos odontológicos, os profissionais de saúde bucal buscaram alternativas para resolver esse impasse. Depois de muitas pesquisas encontraram estudos que afirmam que, geralmente, o início do medo ao tratamento odontológico acontece na infância e está associado às experiências individuais traumáticas em tratamentos dentários ou por ideias negativas repassadas por outras pessoas. Com esse embasamento, a Equipe de Saúde Bucal vê na Odontologia Preventiva na primeira infância uma alternativa para melhorar os índices de saúde bucal e favorecer a promoção da saúde da população adscrita.

As ações educativas e profiláticas nesta faixa etária poderão reduzir o índice de patologias orais evitando complicações e experiências traumáticas associadas à dor e possibilitar a redução ou controle do medo e da ansiedade

relacionados ao tratamento odontológico. Com isto, amplia-se o campo perceptivo das pessoas sobre a imagem do dentista interpretando-o desta forma como um profissional aliado ao seu bem-estar e importante na manutenção da sua saúde bucal, estabelecendo um relacionamento propício ao sucesso dos procedimentos clínicos propostos modificando a fuga ou esquiva de usuários em relação ao tratamento odontológico.

3 OBJETIVO

Obter conhecimentos suficientes, através de uma revisão de literatura narrativa, a respeito da Odontologia Preventiva na primeira infância para que a mesma seja aplicada no contexto da atenção primária de saúde como uma alternativa para se evitar ou, pelo menos, diminuir os tratamentos traumáticos e mais complexos e, conseqüentemente, eliminar o medo e a ansiedade relacionados ao tratamento odontológico.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O trabalho de conclusão de curso é uma atividade científica de sistematização e aprofundamento do conhecimento sobre um objeto de estudo ou problema relacionado a um determinado curso. Por isso, este trabalho adotou a modalidade de revisão bibliográfica para conhecer as diferentes contribuições científicas disponíveis sobre o tema proposto, possibilitando uma melhor compreensão do mesmo e contribuindo para a inserção efetiva da saúde bucal na Estratégia Saúde da Família, principalmente na prevenção e promoção em saúde.

Realizou-se uma revisão bibliográfica sobre estudos publicados a respeito da Odontologia Preventiva como uma alternativa para se evitar o medo e a ansiedade relacionados ao tratamento odontológico, proporcionando possibilidades de conclusões gerais a respeito do tema proposto. Foram utilizadas, para sua busca, as palavras chaves: “Odontologia Preventiva”, “Medo”, “Ansiedade ao Tratamento Odontológico”. As bases de dados utilizadas foram: Biblioteca Virtual em Saúde (BVSMS), Coleção de Revistas e Artigos Científicos (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Acadêmico, literatura nacional de periódicos e livros especializados. Os artigos foram buscados na íntegra para leitura (total de 93 encontrados), mas a análise crítica e uso dos mesmos para elaboração desse trabalho foi realizada em 66 publicados entre 1988 e 2011, devido a sua extrema importância em relação ao tema escolhido. O critério utilizado nessa escolha foi o direcionamento ao assunto em questão para que a especificidade do trabalho fosse mantida. Muitos trabalhos eram de pesquisas que comprovavam a existência do medo e da ansiedade bem como suas consequências para a saúde bucal, outros relatavam formas de conduta profissional diante deste quadro clínico. Somente aqueles que tiveram a causa e a prevenção desses sentimentos como foco foram explorados. Foram selecionados estudos nacionais e internacionais.

Foi feita leitura cuidadosa dos artigos selecionados e elaborados resumos, com o objetivo de ordenar de forma clara e sistematizada os achados mais relevantes de cada trabalho para posterior análise, levando em conta seu valor teórico e sua importância científica.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 O MEDO E A ANSIEDADE NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

5.1.1 Evidências

O medo é uma emoção primária que indica que uma situação de perigo foi reconhecida, fazendo com que o indivíduo concentre toda sua atenção no evento. Já a ansiedade representa o medo que foi transferido da situação original para uma situação imaginada, decorrente de fatos semelhantes ou que desencadeiam a lembrança de uma situação prévia (ANDERSON, 1997).

Historicamente, percebe-se que, a princípio, a prática odontológica era primitiva e rudimentar, usada como forma de penalidade e tortura a quem transgredisse as leis nas sociedades antigas. Daí parece vir a associação da imagem do cirurgião-dentista com a dor (CRUZ *et al.*, 1997).

A literatura romanesca retrata o cirurgião-dentista, em geral, de forma negativa, aparecendo como uma pessoa má e ridícula. Sendo assim, o medo está fortemente ligado à imagem do dentista. Essa associação faz com que os pacientes manifestem medo em relação aos instrumentais e aos procedimentos que transcorrem durante o atendimento odontológico, gerando dificuldades para o clínico conduzir o tratamento. Esse sentimento faz parte do cotidiano da relação dentista-paciente e está relacionado ao instrumental e ao tratamento, observando-se, dessa forma, que o medo é comum, natural e inquestionado entre as pessoas, sendo resultado de experiências próprias ou de outrem. Consequentemente, os pacientes, quando chegam ao consultório, trazem consigo uma carga de medo e ansiedade muito grande. Parece ser o medo uma reação natural e ser fato conhecido que os dentistas causam dor (CRUZ *et al.*, 1997).

Na população em geral, quase 7% afirmaram ter muito medo do atendimento, enquanto outros 13% referiram sentir algum medo (MILGROM *et al.*, 1988).

Apesar dos avanços no controle da dor em todo o mundo, dados sobre a prevalência de ansiedade frente ao atendimento odontológico ainda estão na proporção de 10-15% (CHANPONG *et al.*, 2005; SKARET *et al.*, 1998).

Milgrom e Costa (1988) entrevistaram um grupo de 1019 sujeitos, obtendo alto percentual de medo odontológico:

- 50% => certo medo;
- 29,8% => um pouco de medo;
- 13,1% => um medo razoável;
- 4,3% => muito medo;
- 3,0% => um medo terrível.

Klingberg e Broberg (2007) analisando a literatura publicada entre 1982 a 2006 estimam a prevalência de ansiedade a fatores odontológicos no mundo, em 9%. Nas sociedades desenvolvidas a ansiedade odontológica é bem descrita. Estudos realizados na Suécia, Estados Unidos e na Dinamarca, demonstraram prevalência de 6,7%, 10% e 10,2% da população, respectivamente (HAKEBERG *et al.*, 1992; RONIS, 1994; SINGH *et al.*, 2000). Segundo a pesquisa de Carvalho *et al.* (2011a), 2 em cada 8 brasileiros avaliados neste estudo apresentaram modera ou severa ansiedade frente ao tratamento odontológico.

No Brasil, encontrou-se uma prevalência de 15% de ansiosos dentais (ROCHA *et al.*, 2000). O percentual de sujeitos com ansiedade ao tratamento odontológico varia de um contexto para outro, provavelmente em decorrência das diferenças socioculturais. Estudos em diferentes localidades brasileiras revelam frequências que variam de 1,2% a 74,0% (KANEKANE *et al.*, 2003; QUELUZ, 1999; ROSA; FERREIRA, 1997).

A odontofobia atinge de 15 a 20% da população em geral. Ir ao dentista foi identificado como sendo o segundo temor mais frequente na população em geral (BOTTAN *et al.*, 2007).

Em um estudo desenvolvido com pacientes novos em uma clínica de emergência odontológica, Kaakko *et al.* (1999) encontraram uma prevalência de 21,8% de ansiosos dentais. Entre os indivíduos adultos questionados em domicílio, utilizando os diversos instrumentos desenvolvidos para medir a ansiedade dental, foi encontrada uma prevalência que variam de 7,2% a 23,4% (KANEKANE *et al.*, 2003).

Em seu estudo para avaliar a frequência de pacientes com ansiedade ou medo do tratamento odontológico em um setor de urgência, Kanegane *et al.* (2003) identificaram 28,2% de indivíduos com algum grau de ansiedade, com destaque para as mulheres.

Os percentuais de prevalência de ansiosos dentais são significativos, pois, apesar de todos os avanços tecnológicos, sobretudo a partir da segunda metade do século XX, o medo e o acesso ao atendimento, ainda representam barreiras à otimização dos serviços de saúde bucal (BOTTAN *et al.*, 2007).

O medo e a ansiedade a fatores odontológicos existem de fato na população brasileira (25%), mostrando valores superiores à média mundial. As variáveis preditoras significantes encontradas para a ocorrência desses sentimentos foram: mulheres, idade superior a 20 anos, não possuir acesso à internet e/ou jornais, baixa frequência de higiene oral, se a visita dental for motivada por busca de tratamento curativo, por dor ou outro problema, ao invés de um check-up, e experiência de odontalgia. Isso sugere que, além da falta de recursos econômicos, o descaso com a saúde bucal, o gênero e a idade podem aumentar o grau de ansiedade (CARVALHO *et al.*, 2011a).

Sabe-se que o medo e ansiedade não são particularidades do tratamento odontológico, ocorrendo também em outros contextos de terapêutica médica e de saúde em geral, especialmente quando procedimentos invasivos fazem parte das rotinas terapêuticas. O medo de dentista, no entanto, tem sido caricaturado como um dos mais frequentes e mais intensamente vivenciados (POSSOBON *et al.*, 2007).

O medo surge nos indivíduos de duas formas, distintas ou conjugadas, que são: através de suas próprias experiências; através das expectativas e experiências dos outros, da mídia e do senso comum; ou seja, os indivíduos vivenciam o medo ou já o encontram estabelecido e o assimilam. As situações odontológicas traumáticas vividas pelos pacientes influenciam a sua postura atual frente ao profissional. Os relatos dos entrevistados mostram mudança de comportamento de acordo com as experiências passadas. As experiências complicadas, más ou desagradáveis, condicionam o paciente ao medo; experiências boas parecem atenuar o impacto de experiências ruins (CARVALHO *et al.*, 2011a; CRUZ *et al.*, 1997). De acordo com Cruz *et al.* (1997), é importante que o cirurgião-dentista dê atenção a esse fato para que possa, através de um bom relacionamento dentista-paciente, controlar e atenuar o medo apresentado por alguns de seus pacientes. Os pacientes são sensíveis aos comportamentos de seus dentistas. Os pacientes reagem de uma maneira mais positiva quando o cirurgião-dentista apresenta um comportamento mais interativo.

O início do medo ao tratamento odontológico está associado à vulnerabilidade individual e às experiências traumáticas em tratamentos dentários. A maioria dos usuários ansiosos procura o dentista em situações onde a afecção oral está avançada, condicionando uma sintomatologia dolorosa que, geralmente, implicam em tratamentos invasivos e emergenciais. Em tais pacientes, medo e ansiedade são mantidos através de expectativas negativas sobre o tratamento e sobre as possibilidades de autoenfrentamento (BOTTAN *et al.*, 2007).

Na busca da etiologia do medo odontológico, Moraes (1999) encontrou experiências negativas no consultório odontológico em primeiro lugar. Em tais experiências, houve a ocorrência de dor intensa ou de uma situação alarmante ou mesmo de uma relação interpessoal negativa. O mesmo autor acrescenta a hipótese de que o medo odontológico, além da experiência direta acima exposta, pode ter sua origem em uma possível “aprendizagem vicariante” (observação de comportamentos e comunicações negativas das pessoas significativas ao paciente) ou mesmo em preconceitos e histórias veiculadas através da mídia. Contudo, adverte, faltam confirmações empíricas específicas de tais possibilidades etiológicas.

O medo é influenciado por expectativas de outros, como amigos e parentes. Os indivíduos citam experiências e opiniões de outras pessoas, aceitam-nas como verdades e as identificam como suas. O medo é assimilado de uma maneira natural e, até mesmo, inconsciente. As pessoas apresentam um condicionamento/aprendizagem de sentir medo. A associação da imagem do cirurgião-dentista e do tratamento à dor aparece nos relatos de forma consistente. A dor não vem associada a nenhum estímulo específico de forma marcante, apenas ao tratamento e ao dentista de uma forma geral. A associação da dor a estímulos específicos, quando ocorre, envolve instrumentais e traduz, de certa forma, situações de agressão ao organismo do paciente, como o uso da broca/motor e agulha/anestesia (CRUZ *et al.*, 1997).

A ansiedade e o medo ao tratamento odontológico são gerados por fatores como os sons e vibrações dos instrumentos rotatórios, movimentos bruscos do profissional, relatos de parentes ou amigos que tiveram experiências negativas em consultas anteriores, sem falar da anestesia local, relatada como o procedimento mais estressor no consultório odontológico (COGO *et al.*, 2006).

Em seu estudo para conhecer a prevalência e os fatores preditores da ansiedade frente ao tratamento odontológico em brasileiros, Carvalho *et al.* (2011a)

verificaram que entre os pacientes a maioria afirmou ter conhecimento de alguém que já relatou dor frente ao tratamento odontológico, porém o seu efeito não mostrou ser significativo no nível de ansiedade.

De modo geral a ansiedade diante do tratamento dentário tem sido relacionada a uma etiologia multifatorial, influenciada principalmente por aspectos internos ao indivíduo, como o ambiente no qual ele vive e ainda a própria situação de atendimento odontológico (CORKEY; FREEMAN, 1994; ELI *et al.*, 1997).

Com relação aos fatores desencadeadores do medo ao tratamento odontológico, os principais são: instrumental odontológico, especialmente seringa, agulhas, fórceps, alavancas, limas, brocas, vibrações e sons dos motores de alta e baixa rotação, movimentos bruscos ou ríspidos de alguns profissionais (DÉL REY; PACINI, 2005; TAANI *et al.*, 2005). Estes fatores agem estimulando diretamente os órgãos sensoriais, podendo se constituir em experiências desagradáveis, especialmente em tratamentos invasivos, gerando, assim, um medo objetivo (BOTTAN *et al.*, 2007). Esse processo de trabalho contribui para o entendimento das causas da ansiedade no paciente, influenciando desde a sua procura e frequência ao profissional da Odontologia até sua cooperação durante o tratamento (MACEDO *et al.*, 2011).

A Odontologia ataca os pacientes em quase todos os níveis sensoriais, incluindo audição, visão, olfação, tato e gustação (SCHUMAN *et al.*, 1993). Uma reação natural frente a essas situações de agressão e à dor ou à "possibilidade de doer" é o medo. Em algumas entrevistas, a dor aparece como um fator desencadeador do medo. A associação da dor a estímulos específicos é mais evidente nas entrevistas de indivíduos mais jovens (CRUZ *et al.*, 1997).

Frente a uma ameaça à integridade física ou à própria sobrevivência, os seres humanos reagem com um conjunto de respostas comportamentais e neurovegetativas que caracterizam a reação do medo. Os sinais e sintomas cognitivos e somáticos mais característicos de tais comportamentos são: transpiração excessiva, aumento da frequência cardíaca, aumento da pressão arterial, choro, distúrbios gastrointestinais, palidez da face, diminuição das secreções (boca seca) e tendência ao tremor (BOTTAN *et al.*, 2007).

Aartman (1998), avaliando uma versão curta do Inventário de Ansiedade Dental, observou que o maior medo entre os ansiosos dentais foi o da exodontia, seguido do preparo cavitário.

Em seu estudo para identificar o percentual de estudantes com ansiedade ao tratamento odontológico, Bottan *et al.* (2007) verificou que, apesar dos avanços na área odontológica, os instrumentais utilizados pelo dentista causam, ainda, ansiedade nos pacientes, provavelmente, em decorrência de experiências anteriores vivenciadas pelos próprios escolares ou por pessoas de seu relacionamento. Outro fator identificado em sua pesquisa e que pode ser considerado como um fator predisponente à ansiedade é o fato de que a maioria realizou consulta odontológica motivada por situações que, geralmente, implicam em tratamentos que necessitam destes instrumentos.

Foi relatado por Kanegane *et al.* (2003) que experiência prévia traumática mostrou-se importante para o desenvolvimento da ansiedade em relação ao atendimento odontológico.

A explicação para este fato, de acordo com Pelegrine (2006), estaria na abordagem cirúrgico-restauradora, que durante muitos anos foi predominante em Odontologia. Este paradigma favoreceria a associação entre Odontologia e medo ao tratamento odontológico. Segundo o mesmo autor, estudos em diferentes contextos socioculturais evidenciam que as experiências negativas no consultório odontológico, quando acompanhadas de dor intensa, levam a esta associação. Pôde-se verificar que 46,48% dos pacientes classificados como ansiosos relataram ter vivenciado um evento traumatizante relacionado com procedimentos odontológicos recentes (KANEGANE *et al.*, 2003).

5.1.2 A Origem do Medo e da Ansiedade na Infância

Moraes (1999) afirma que as pessoas não nascem com medo do dentista: a associação de medo e Odontologia desenvolve-se ao longo do processo de socialização e das experiências de aprendizagem.

Pelegrine (2006) relata que as experiências negativas no consultório odontológico, quando acompanhadas de dor intensa, levam a associação entre Odontologia e medo ao tratamento odontológico. Segundo o mesmo autor, tais situações, frequentemente, são levadas às crianças das mais diferentes formas

(conversa informal, ideias veiculadas pela mídia e/ou por familiares) reforçando comportamento negativo em relação às consultas odontológicas.

Anderson (1997) afirma que a ansiedade e o medo relacionados ao atendimento odontológico muitas vezes têm origem em uma história prévia de atendimento traumatizante, com frequência ocorrida na infância.

O medo do tratamento odontológico, geralmente, inicia-se na infância ou adolescência. Os principais fatores desencadeadores são: experiência dolorosa anterior, desconhecimento em relação aos procedimentos, o ambiente do consultório, ideias negativas repassadas por outras pessoas (BOTTAN *et al.*, 2007).

A infância se constitui em um período crítico para o desenvolvimento da ansiedade. Aproximadamente um quarto da população americana adulta evitou fazer visitas regulares ao dentista devido a experiências vividas nesse período (ANDERSON, 1997).

Em seu estudo para avaliar a prevalência do medo frente ao tratamento odontológico e sua associação com experiências odontológicas na infância entre universitários brasileiros, Oliveira (2011) concluiu que universitários de Psicologia e Matemática apresentaram maior prevalência de alto medo frente ao tratamento odontológico do que os de Odontologia, e as experiências odontológicas negativas na infância foram associadas à presença do medo frente ao tratamento odontológico na idade adulta, ou seja, universitários que foram ao dentista para tratamentos curativos quando crianças apresentaram maior prevalência de alto medo do que aqueles que foram para exame de rotina na mesma idade.

Considerando que a ansiedade pode refletir no comparecimento do paciente ao consultório odontológico, um estudo exploratório propôs avaliar o medo e/ou ansiedade como um fator inibitório para a visita ao dentista por crianças pré-escolares. Após a análise dos dados, pode-se constatar que, de acordo com relato dos responsáveis, uma parcela significativa (17%) adiará ou cancelará a consulta odontológica da criança caso a mesma apresentasse ansiedade no dia da visita ao dentista. Foi observado, também, que, a maioria dos entrevistados afirmou sentir desconforto devido à presença do medo e/ou ansiedade em suas crianças, e 7,8% informaram que já adiaram ou cancelaram a consulta odontológica do paciente infantil devido ao medo e/ou ansiedade apresentado pela criança. Além disso, 23% dos responsáveis afirmaram que já adiaram ou faltaram à sua própria consulta ao

dentista por medo e/ou ansiedade. Sugeriu-se, então, que o medo e/ou ansiedade pode ser um fator inibitório ao atendimento odontológico (COLARES *et al.*, 2004).

5.1.3 A Influência do Medo e da Ansiedade na Assistência Odontológica

Em 1998, segundo a Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios, mais de 29 milhões de brasileiros nunca haviam realizado uma consulta odontológica, sendo o medo um dos motivos (PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS, 1998).

O Levantamento Epidemiológico de 2002/2003 realizado pelo Ministério da Saúde indicou que 14% dos adolescentes brasileiros nunca haviam realizado uma consulta odontológica e, dentre os que foram ao dentista, 30% o fizeram motivados pela experiência de dor (BRASIL, 2004). Outro Levantamento Epidemiológico foi feito em 2010 pelo Ministério da Saúde e o mesmo revelou que, decorridos 7 anos, 13,6% dos adolescentes brasileiros nunca realizaram uma consulta odontológica e a dor, em menor expressão em relação ao estudo anterior, continua sendo motivo de consulta ao dentista (14,5%) para essa faixa etária (BRASIL, 2011).

A ansiedade é um importante obstáculo na entrega de cuidados a saúde, tendo consequências prejudiciais, representando um sério desafio epidemiológico para os profissionais que cuidam da saúde oral. O impacto que a ansiedade e fatores odontológicos pode ter na vida das pessoas é amplo e dinâmico (COHEN *et al.*, 2000). Ela não só leva à evasão de cuidados dentários, mas causa também efeitos em indivíduos em geral, como perturbações do sono, baixa autoestima e distúrbios psicológicos (ARMPFIELD, 2008; CARVALHO *et al.*, 2011b).

A ansiedade é entendida como uma resposta a situações na qual a fonte de ameaça ao indivíduo não está bem definida, é ambígua ou não está objetivamente presente. Esse comportamento pode causar uma barreira para o clínico na manutenção da saúde bucal dos indivíduos e constitui um problema sério em muitos países, inclusive no Brasil. A ansiedade relacionada ao tratamento odontológico é universal, pode comprometer a relação paciente-profissional e até

mesmo a produtividade do trabalho da equipe odontológica, podendo gerar o absenteísmo (MACEDO *et al.*, 2011).

Pacientes com muito medo são conhecidos por dentistas e alunos de Odontologia como de difícil atendimento (KAAKKO *et al.*, 1999; MILGROM *et al.*, 1988). Jacob (1998) afirma que o estresse vivenciado pelo paciente amplia as percepções de medo e de dor, diminuindo a sua capacidade de colaborar com o tratamento.

Diversos pesquisadores concluíram que o início do medo ao tratamento odontológico está associado à vulnerabilidade individual e às experiências traumáticas em tratamentos dentários. Em tais pacientes, medo e ansiedade são mantidos através de expectativas negativas sobre o tratamento e sobre as possibilidades de autoenfrentamento. Portanto, a ansiedade ao tratamento odontológico se constitui num problema para a promoção de saúde bucal, favorecendo um quadro de saúde bucal deficiente (CARDOSO *et al.*, 2004; CARDOSO; LOUREIRO, 2005; QUELUZ, 1999; ROCHA, 2003).

A prática odontológica, historicamente, tem se caracterizado pela realização de procedimentos invasivos. Esse processo de trabalho contribui para o entendimento das causas da ansiedade no paciente, influenciando desde a sua procura e frequência ao profissional da Odontologia até sua cooperação durante o tratamento (MACEDO *et al.*, 2011).

Na atenção odontológica, o estresse e a ansiedade têm sido relacionados com a “fuga” do tratamento, representando uma barreira à utilização desses serviços, mesmo quando muito necessários, comprometendo a saúde bucal do indivíduo (CÉSAR *et al.*, 1993; MORAES *et al.*, 2004). Levantamentos internacionais mostram que grande parte da população evita visitar os consultórios odontológicos como rotina. Este tipo de serviço apenas é buscado quando há a sensação de necessidade de tratamento, ou seja, na presença de sinais e/ou sintomas clínicos como dor, edema e fístulas (MACEDO *et al.*, 2011).

Diante da alta prevalência de ansiedade frente ao atendimento odontológico, ela permanece como um obstáculo significativo a uma parte consistente da população, ocasionando evasão de cuidados dentários (COHEN *et al.*, 2000; SHARIF, 2010). Em pesquisa nacional realizada no Canadá, os resultados demonstram ser o medo e a ansiedade um motivo comum no cancelamento de consultas odontológicas (CARVALHO *et al.*, 2011a). Por este motivo, existe uma

relação muito forte entre estresse do tratamento odontológico e fuga à consulta ao dentista. Desta forma, a ansiedade ao tratamento odontológico favorece um quadro de saúde bucal deficiente (BOTTAN *et al.*, 2007).

A abordagem odontológica curativa comumente ocasiona alta sensibilidade, necessitando de medidas que reduzam as sensações álgicas, sendo usualmente necessária a realização de anestesia local, que já demonstrou ser uma situação com alta probabilidade de evasão ao tratamento (CARVALHO *et al.*, 2011a).

Para Klingberg (1995) idade, estado emocional geral e ansiedade materna são identificados como fatores que se desenvolvem concomitante ao medo odontológico. Em sua pesquisa, constatou-se que o medo está associado com a falta de tratamento odontológico e com a deterioração da saúde bucal. Segundo o autor, a dor durante o tratamento odontológico aumenta o risco de desenvolvimento de medo.

O temor ao tratamento odontológico gera um problema cíclico. Quando o tratamento preventivo não ocorre, a patologia dentária assume proporções que exigem tratamentos curativos ou emergenciais. Estes tratamentos, geralmente, são invasivos e, portanto, desconfortáveis, conseqüentemente, o medo e a fuga ao tratamento odontológico se exacerbam, estabelecendo-se, assim, o ciclo (BOTTAN *et al.*, 2007).

Rosa e Ferreira (1997) também afirmaram existir uma associação entre o medo e saúde bucal deficiente. Isso pode ter sido decorrente da menor frequência de procura por tratamento odontológico pelos pacientes com medo. Normalmente, os pacientes ansiosos esperam longos períodos para marcar uma consulta e não raramente a cancelam. Entre as principais causas que fizeram o paciente não ir ao dentista, estão o custo (75,4%) e o medo (36,9%) (KAAKKO *et al.*, 1999). Dentre pessoas que não fizeram consultas odontológicas de rotina, 23% não o fizeram por medo (HAUGEJORDEN; KLOCK, 2000).

Indivíduos que nunca faltam à consulta odontológica são aqueles que apresentaram o menor nível de ansiedade quando comparados com aqueles que relataram que faltam “às vezes” ou “frequentemente”. Nesta mesma direção, a ansiedade é menor entre aqueles que nunca faltam às consultas. O nível de ansiedade aumenta entre os que faltam “às vezes” e é mais elevado entre as pessoas que faltam frequentemente às consultas. Este achado pode sugerir que a

falta às consultas odontológicas seja um indicador de ansiedade. A proporção de fóbicos foi, da mesma forma, maior entre pessoas que relataram evitar tratamento ou faltam à consulta frequentemente (MACEDO *et al.*, 2011).

Com base na hipótese que existe um vicioso ciclo no medo odontológico, em que as consequências do medo tendem a manter esse medo, Armfield *et al.* (2007) exploraram a relação entre medo odontológico, autorrelatos de estado de saúde e o uso de serviços odontológicos. O estudo usou entrevistas realizadas por telefone, sendo estas feitas predominantemente em 2002. Uma amostra aleatória de 6.112 residentes australianos com idades entre 16 e mais anos foi selecionada a partir de 13 estratos, pertencentes a todos os estados. As pessoas com maior medo odontológico visitaram o dentista menos vezes e indicaram maior intervalo entre as visitas ao dentista. O medo odontológico elevado foi associado a uma maior percepção de necessidade ao tratamento, aumento do impacto social no processo saúde-doença e pior percepção de saúde bucal. Ao todo, 29,2% das pessoas que estavam com muito medo de ir ao dentista atrasaram sua visita ao dentista. Os resultados encontrados pelos pesquisadores são consistentes em relação à hipótese de um ciclo vicioso no medo odontológico, onde as pessoas com alto medo são mais propensas a atrasar o tratamento, levando a uma extensão dos problemas e assim os padrões de visita alimentam novamente a manutenção ou agravamento do medo odontológico existente.

Bottan *et al.* (2007) relataram que os tratamentos curativos, tais como exodontia, experiência de cárie, endodontia, foram os mais realizados por escolares, já as consultas por rotina, ou seja, de caráter preventivo, foram mencionadas por, apenas, 13% dos meninos e 17% das meninas que constituíram o grupo classificado como portador dos graus de ansiedade mais elevados. Observa-se, então, uma tendência linear entre o grau de ansiedade e o percentual de sujeitos que realizaram consultas preventivas (de rotina). Quanto maior o grau de ansiedade (exacerbado), menor o percentual de alunos que realizam consultas odontológicas de rotina, ou seja, 21% dos sujeitos com exacerbada ansiedade e 35% dos sujeitos com baixa ansiedade. Este dado nos permite inferir que as consultas de rotina, prevenindo ou minimizando a ocorrência de situações clínicas invasivas e dolorosas, podem reduzir a ansiedade ao tratamento odontológico, favorecendo a quebra do ciclo: medo do tratamento odontológico – fuga das consultas – baixa saúde bucal.

5.2 ODONTOLOGIA PREVENTIVA NA PRIMEIRA INFÂNCIA

5.2.1 A Importância das Ações Odontológicas Preventivas na Primeira Infância

A atenção precoce é uma conquista da Odontologia, e representa a incorporação de um novo entendimento na abordagem das doenças bucais, fortemente centrada numa perspectiva preventivo-promocional. Surgida a partir do desenvolvimento da Cariologia, a sua incorporação na prática deveu-se à disseminação da ideia do tratamento da cárie enquanto doença infecciosa, reforçando a importância do controle desta o mais precocemente possível (GUIMARÃES *et al.*, 2003).

É inegável, do ponto de vista técnico e operacional, a contribuição que as experiências que utilizam a filosofia de atenção precoce têm ofertado no que se refere à redução da prevalência das doenças bucais, especialmente a cárie dentária (GUIMARÃES *et al.*, 2003).

Além dos resultados significativos na redução tanto da prevalência quanto da severidade da doença cárie, um outro ponto bastante positivo da atenção precoce, e que talvez seja o seu maior mérito, é a implantação de uma nova mentalidade nos profissionais da Odontologia e em seus usuários. A partir da disseminação desta nova vertente de atenção odontológica, a procura aos serviços para atividades preventivas tem ocorrido com uma frequência cada vez mais crescente, e os benefícios desta atenção diferenciada certamente serão observados na clientela-alvo, ainda que a médio e longo prazos (OLIVEIRA *et al.*, 1999).

Em saúde pública, as orientações odontológicas têm sido cada vez mais voltadas para a criança de baixa idade, existindo até orientações para vida ainda intraútero, visando dentições futuras saudáveis. Com esta visão, os programas odontológicos em Odontopediatria têm procurado atingir as metas de promoção de saúde bucal, sempre com uma abordagem integral da criança na primeira infância. A primeira infância tem sido apontada como o período ideal para introduzir bons hábitos e adotar padrões de comportamento que possam permanecer profundamente fixados (HANNA *et al.*, 2007).

A Odontologia para Bebês visa contribuir na formação de uma geração com menos problemas dentários, com mais qualidade de saúde bucal e mais consciente da importância da prevenção. A literatura relativa à atenção odontológica precoce relata que quanto mais cedo a criança receber assistência, menos possibilidades terá de desenvolver lesões de cárie (GUIMARÃES *et al.*, 2003).

Na Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina, o atendimento a bebês inicia-se a partir de reuniões educativas com os pais. Imediatamente após, realizam-se as ações preventivas e exames clínicos, seguindo-se o tratamento curativo quando se faz necessário. De acordo com a avaliação realizada pelos autores, 92,6% que iniciaram no programa sem a doença cárie, permaneceram livres da mesma e a porcentagem daqueles que iniciaram com a doença e não desenvolveram mais lesões foi de 92,3%. Através de um levantamento epidemiológico em crianças de 6 a 7 anos observaram que o índice de morbidade dos dentes molares permanentes das crianças que participaram do programa quando eram bebês foi de 23%, enquanto para as que não tiveram esta oportunidade, foi de 75%. Os autores concluíram que tanto no âmbito público como no privado, o programa de Odontologia para Bebês, constitui-se em iniciativa adequada a ser utilizada e estimulada (WALTER *et al.*, 1991).

Na pesquisa de Garboza e Walter (1997) para avaliar a prevalência de cárie dentária em 281 crianças de 0 a 5 anos atendidas precocemente pela Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina, verificou-se que, depois da primeira consulta, com as devidas orientações sobre o hábito de aleitamento noturno e a higiene dental, a população estudada apresentou uma baixa prevalência de cárie, tanto do tipo mamadeira (0%) quanto de cárie simples (2%). Os resultados mostram a eficácia do atendimento precoce na promoção da saúde bucal nessa faixa etária.

Melhado (2000) constatou que o atendimento odontológico prestado pela Bebê Clínica da Faculdade de Odontologia de Araçatuba influencia na redução da prevalência da cárie dentária das crianças que receberam tratamento.

As ações educativas e preventivas aplicadas na primeira infância influenciarão positivamente o padrão de saúde do indivíduo por toda a vida. Em contrapartida, hábitos inadequados instalados neste período apresentar-se-ão como grandes obstáculos para a manutenção de saúde. Novos conceitos foram desenvolvidos a partir do princípio de que a educação gera hábitos de vida

saudáveis, surgindo então a necessidade de uma atuação precoce, no intuito de manter a saúde, antes mesmo de prevenir a doença (HANNA *et al.*, 2007).

A visita ao dentista já no primeiro ano de vida é justificada, principalmente, pela manutenção de sua saúde bucal e também pelo fato de as crianças crescerem já ambientadas com os consultórios dentários, se a procura for para intervenção preventiva. O tratamento dentário precoce pode despertar a cooperação da criança, pelo fato de se manter a saúde, sem causar trauma, dor ou desconforto (MELO; WALTER, 1997).

Caraciolo (2008) e Chadwick (2002) afirmam que a infância caracteriza-se como um período crítico para o desenvolvimento do medo e/ou ansiedade, sendo esta uma causa significativa do absenteísmo odontológico na adolescência e fase adulta, pois a forma como a criança elabora internamente essa experiência é decisiva na formação de suas futuras expectativas e reações em relação à Odontologia.

Com o objetivo de observar se de fato a atenção odontológica no primeiro ano de vida é benéfica ou não para o desenvolvimento da criança em relação ao seu comportamento, Melo e Walter (1997) realizaram um estudo com 300 bebês na Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina e concluíram ao final da observação que 80,6% das crianças pesquisadas apresentavam conduta positiva ou satisfatória, enquanto que no início do tratamento apenas 29% apresentavam-se com esta conduta. Este estudo sugere que o atendimento precoce desperta o condicionamento contínuo e progressivo dos bebês e aumenta a receptividade ao tratamento dentário precoce por parte da população, que passa a encarar o consultório como um lugar em que se vai em busca de saúde e não para um tratamento invasivo ou doloroso.

Aos dentistas interessa que, com o decorrer do tratamento, a criança se torne cooperativa, por isso o atendimento precoce é fundamental, tanto para a manutenção da saúde bucal como para a sua adaptação aos tratamentos odontológicos futuros. Com a finalidade de tornar esse tratamento o menos traumatizante possível é que na Bebê-Clínica de Londrina se preconiza o atendimento ao bebê, pois se este começar a frequentar os consultórios odontológicos já nos primeiros anos de vida, a sua adaptação será mais fácil, uma vez que vai ser condicionada a receber o tratamento desde a lactância, que é justamente a fase em que a libido da criança está na boca (MELO; WALTER, 1997).

Melo e Walter (1997) evidenciaram que o atendimento precoce desperta o condicionamento contínuo e progressivo, onde as crianças se ambientam, aceitam e até se interessam pelo tratamento. Conforme os autores, com os procedimentos educativos/preventivos, a criança não tem contato com a dor e existe a tendência de que o seu comportamento evolua para melhor sem que ocorram traumas decorrentes de dor causada cárie.

É imprescindível que o profissional tenha consciência de que esse primeiro momento é muito importante e que pode levar a decisões e comportamentos para uma vida inteira, conforme assinalaram Milgrom *et al.* (1995), para quem o primeiro contato com o dentista é muito importante, podendo ser um fator determinante de ansiedade em relação ao tratamento odontológico. Segundo os autores as consequências do primeiro contato com o dentista poderiam, por exemplo, levar uma pessoa a nunca mais querer procurá-lo. A fuga do tratamento odontológico pode ser, dessa forma, resultado de experiências aversivas e dolorosas na infância.

O desencadeamento da ansiedade odontológica tem sido relacionado a fatores referentes a aspectos comportamentais e de personalidade dos pacientes, à própria situação de tratamento e à aprendizagem através da observação ou imitação de modelos (ELI *et al.*, 1997). Entre esses fatores, a importância das primeiras relações com o dentista é ressaltada por Possobon *et al.* (1998). Esses autores descrevem que as experiências odontológicas iniciais deveriam ocorrer com um mínimo de trauma físico e psicológico. Milgrom *et al.* (1995) afirmam que um dos grandes objetivos do tratamento odontopediátrico é desenvolver atitudes positivas nas crianças frente a essa situação, uma vez que é mais difícil e mais caro alterar comportamentos ansiosos.

É amplamente reconhecida a importância dos primeiros ensinamentos na infância, pois podem ser apreendidos e permanecer, sendo cruciais no decorrer da vida também com relação à prática odontológica. As primeiras experiências com a prática odontológica são muito significativas, combinando-se com os ensinamentos obtidos antes, na família, para a produção de uma imagem da Odontologia e dos trabalhadores da área. É nessa fase da experiência, ao se submeter às ações clínicas, que há um choque das informações transmitidas culturalmente, com a vivência pessoal, e as informações proporcionadas pelo profissional especializado no momento do atendimento (DOMINGUES *et al.*, 2008).

Segundo Guedes-Pinto (1995), a criança teme o desconhecido em situações odontológicas. Conforme o autor, o medo pode ser ocasionado pelo simples fato das crianças apresentarem um senso de observação, assim consequentemente provocar uma reação negativa. Sabe-se que estas emoções podem acarretar em um comportamento inadequado da criança durante o tratamento odontológico.

Além de variáveis biopsicossociais que atuam diretamente no comportamento da criança, sabe-se que o ambiente odontológico também é um fator que pode influenciar a conduta do paciente, pois neste local são experimentados materiais, instrumentos, odores e ruídos que podem ser considerados pelo paciente como possíveis geradores de dor e desconforto, interferindo no seu comportamento. Deste modo, a identificação de fatores causadores do medo e da ansiedade no tratamento odontológico permite o emprego de procedimentos e atitudes que podem auxiliar a reduzir o caráter estressante com que a criança percebe a situação de tratamento dentário. Partindo-se desta concepção, o objetivo da Odontologia Preventiva na primeira infância é, além de promover saúde bucal do paciente, desenvolver atitudes positivas nas crianças frente à situação por meio de contribuições psicológicas e educacionais (DANIEL *et al.*, 2008).

A idade da criança é também um fator a ser considerado no que diz respeito ao medo odontológico. Os resultados do estudo de Daniel *et al.* (2008) corroboram com achados de outros autores, como Cardoso e Loureiro (2005) e Singh *et al.* (2000), que observaram que as crianças menores enfrentam com menor dificuldade a situação odontológica.

Colares *et al.* (2004) sugerem que em todas as crianças, independentemente da faixa etária e gênero, a ansiedade e o medo foram maiores para aquelas que receberam anestesia durante o tratamento. Este fato reafirma a hipótese de que tratamentos odontológicos aparentemente invasivos aumentam a ansiedade/medo nas crianças. As manifestações de medo ou ansiedade na criança podem ser atenuadas por meio de procedimentos profiláticos que devem ser usados na rotina da consulta, visando ampliar o campo perceptivo da criança em relação ao tratamento odontológico (FERREIRA *et al.*, 2009).

Em seu estudo, Klatchoian (1992) verificou que a relação dentista-criança é permeada por sensações como medo, ansiedade e dor e também que é fundamental a postura profissional de respeito à criança como ser único e com uma

subjetividade própria. O autor diz que dentista precisa fundamentalmente compreender a diversidade dos comportamentos da criança e buscar um relacionamento baseado em participação e colaboração para que a criança possa, no futuro, assumir a responsabilidade por sua saúde bucal, postura que será útil não só em curto prazo como por toda a vida do ser humano.

Os hábitos adquiridos pela criança estão relacionados com os hábitos da mãe, e o conhecimento e o nível de saúde da mãe podem influenciar no comportamento em relação à sua saúde e a do próprio filho. A “educação odontológica” da mãe é fator determinante para a saúde bucal da futura criança, sendo que a família serve como modelo, auxiliando a criança a cuidar dos seus dentes. Os pais transmitem aos filhos suas fantasias, seus conhecimentos, suas experiências, moldando-os de acordo com suas condições psíquicas e com o grau de maturidade em que se encontram. Especificamente em relação ao cuidado em saúde bucal, por mais que os filhos participem de programas preventivos nas escolas ou que outra pessoa cuide dessas crianças, quem tem a possibilidade de estar mais próximo e cuidar é a mãe (DOMINGUES *et al.*, 2008).

Neste contexto, a figura da mãe é destacada pela importância no interior do ambiente familiar, devido ao fato de ser a personagem principal da família, com voz decisória, no trato de questões de saúde e doença e por ser responsável pelo equilíbrio no binômio saúde-doença. Dessa forma, ela poderia influenciar, positiva ou negativamente, as ações de promoção da saúde bucal, sendo o seu papel decisivo para uma boa ou má educação em saúde bucal da criança e, por extensão, da família como um todo (DOMINGUES *et al.*, 2008).

A relação entre o medo dos acompanhantes e a ansiedade que gera no pacientes tem sido há muito estudada. Entre estes fatores a importância da relação com a mãe é ressaltada por Corkey e Freeman (1994) pelo seu duplo papel; ou seja, tal relação influencia o desenvolvimento psicológico da criança e as suas habilidades para enfrentar a situação odontológica.

Cardoso e Loureiro (2005) realizaram uma pesquisa numa clínica-escola odontopediátrica onde um dos objetivos era identificar o medo diante do tratamento odontológico dos acompanhantes e as possíveis associações entre as manifestações de estresse e a colaboração das crianças em face dos procedimentos odontológicos. Os dados obtidos acerca do medo odontológico mostraram que 25,5% dos acompanhantes-mães apresentaram indicadores de alto medo diante do

tratamento. A presença de indicadores de medo nos acompanhantes-mães foi associada a maiores dificuldades de colaboração por parte das crianças com o tratamento odontológico, de acordo com avaliação dos alunos. Destaca-se aqui que tais características associadas às manifestações de estresse e comportamentais das crianças parecem se sobrepor à situação em si, na medida que, mesmo diante de procedimentos pouco invasivos, relacionados à baixa possibilidade de dor, observou-se pouca colaboração das crianças. Supõe-se assim que os sentimentos e as atitudes dos acompanhantes - em geral, mães - em face do tratamento odontológico possam influenciar a percepção da criança ante a situação de atendimento.

Themessl-Huber *et al.* (2010) relataram que a relação entre o medo odontológico dos pais e da criança tem sido estudada há mais de um século. Para fornecer uma visão geral das provas empíricas publicadas sobre o medo e a relação entre pais e filhos, estes autores realizaram uma revisão da literatura estruturada por intermédio de quarenta e três estudos experimentais feitos em seis continentes. A maioria dos estudos confirmou a relação entre o medo dos pais e dos filhos. Esta relação foi mais evidente em crianças com idade igual e inferior a oito anos.

Neste sentido, destaca-se o papel dos acompanhantes enquanto modelos para as crianças. Tal dado é concordante com os de Corkey e Freeman (1994) e Eli *et al.* (1997), que afirmam que o aparecimento da ansiedade odontológica pode estar relacionado à aprendizagem, na qual a ansiedade é desenvolvida através da observação, da identificação ou sugestão de modelos, geralmente os pais. Confirmou-se assim a hipótese formulada relativa à interferência negativa das manifestações emocionais dos diferentes atores no comportamento de colaboração das crianças diante do tratamento odontológico.

A atenção odontológica ao binômio mãe-filho deve iniciar-se no pré-natal, motivando-se e orientando-se a gestante sobre assuntos afins. Os cuidados odontológicos dispensados à gestante devem ser entendidos como ímpares, pelo momento de motivação em que ela se encontra; como prioritários, pela importância que a futura mamãe tem na multiplicação de hábitos saudáveis no núcleo familiar; e como imprescindíveis, pela oportunidade de promover saúde com ela mesma, com o bebê que espera e com toda a família (GUIMARÃES *et al.*, 2003).

Reiterando essa afirmativa, Massao *et al.* (1996) consideram o período gestacional como o momento em que a futura mãe se mostra mais receptiva a

adquirir novos conhecimentos e a mudar padrões comportamentais. Confirmando esse pensamento, Konishi (1994) também acredita ser esta fase a mais importante, uma vez que a transmissão de hábitos inadequados da mãe para o filho será um dos fatores que contribuirão para o estabelecimento ou não da atividade de cárie no bebê.

Apesar de a filosofia da atenção precoce ainda não estar difundida de forma massificada na população como um todo, verifica-se que atualmente cresce o número de pessoas que vêm se sensibilizando e que já começam a procurar assistência odontológica para seus filhos de pouca idade com fins preventivos. Isto é um fator extremamente positivo e de grande importância na Odontologia, visto que essas crianças desde cedo terão maior contato com a situação odontológica, familiarizando-se com o ambiente e com o profissional, tendo oportunidades de adquirir hábitos mais saudáveis e, assim, ter uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, poderão repassar experiências pessoais e positivas de saúde bucal para pessoas de seu convívio (GUIMARÃES *et al.*, 2003).

6 DISCUSSÃO

Apesar dos avanços no controle da dor em todo o mundo, diversas pesquisas sobre a prevalência do medo e ansiedade frente ao atendimento odontológico encontraram resultados variados de um contexto para outro, provavelmente em decorrência das diferenças socioculturais, no entanto, em todas elas os índices se mostram significativos. Eles variam entre de 1,2-74,0% nas pesquisas (BOTTAN *et al.*, 2007; CARVALHO *et al.*, 2011a; CHANPONG *et al.*, 2005; HAKEBERG *et al.*, 1992; KAAKKO *et al.*, 1999; KANEGANE *et al.*, 2003; KLINGBERG; BROBERG, 2007; MILGROM *et al.*, 1988; MILGROM; COSTA, 1988; QUELUZ, 1999; ROCHA *et al.*, 2000; RONIS, 1994; ROSA; FERREIRA, 1997; SINGH *et al.*, 2000; SKARET *et al.*, 1998).

O medo surge nos indivíduos através de suas próprias experiências, das expectativas e experiências dos outros, da mídia e do senso comum, e ainda da própria situação de atendimento odontológico, ou seja, os indivíduos vivenciam o medo ou já o encontram estabelecido e o assimilam (BOTTAN *et al.*, 2007; CARVALHO *et al.*, 2011a; COGO *et al.*, 2006; CORKEY; FREEMAN, 1994; CRUZ *et al.*, 1997; ELI *et al.*, 1997; MORAES, 1999; PELEGRINE, 2006). Em seu estudo, Carvalho *et al.* (2011a) verificaram que entre os pacientes a maioria afirmou ter conhecimento de alguém que já relatou dor frente ao tratamento odontológico, porém o seu efeito não mostrou ser significativo no nível de ansiedade.

Com relação aos fatores desencadeadores do medo ao tratamento odontológico, os principais são: instrumental odontológico, especialmente seringa, agulhas, fórceps, alavancas, limas, brocas, vibrações e sons dos motores de alta e baixa rotação, movimentos bruscos ou ríspidos de alguns profissionais (COGO *et al.*, 2006; CRUZ *et al.*, 1997; DÉL REY; PACINI, 2005; TAANI *et al.*, 2005). Estes fatores agem estimulando diretamente os órgãos sensoriais, podendo se constituir em experiências desagradáveis, especialmente em tratamentos invasivos, gerando, assim, um medo objetivo (BOTTAN *et al.*, 2007; CRUZ *et al.*, 1997; SCHUMAN *et al.*, 1993). Esse processo de trabalho contribui para o entendimento das causas da ansiedade no paciente, influenciando desde a sua procura e frequência ao profissional da Odontologia até sua cooperação durante o tratamento (MACEDO *et al.*, 2011).

Na busca da etiologia do medo odontológico as experiências negativas no consultório odontológico estão em primeiro lugar (JACOB, 1998; KANEGANE *et al.*, 2003; MORAES, 1999; PELEGRINE, 2006). A maioria dos usuários ansiosos procura o dentista em situações onde a afecção oral está avançada, condicionando uma sintomatologia dolorosa que, geralmente, implicam em tratamentos invasivos e emergenciais. Em tais pacientes, medo e ansiedade são mantidos através de expectativas negativas sobre o tratamento e sobre as possibilidades de autoenfrentamento (BOTTAN *et al.*, 2007).

Alguns autores afirmam que a ansiedade e o medo relacionados ao atendimento odontológico estão associadas com uma história prévia de atendimento traumatizante, com frequência ocorrida na infância (ANDERSON, 1997; BOTTAN *et al.*, 2007; MILGRON *et al.*, 1995; OLIVEIRA, 2011).

O medo e a ansiedade ao tratamento odontológico constituem num problema para a promoção de saúde bucal favorecendo um quadro de saúde bucal deficiente, pois impedem a entrega de cuidados a saúde devido à menor frequência de procura por tratamento odontológico pelos pacientes com medo, representando um sério desafio epidemiológico para os profissionais que cuidam da saúde oral (BOTTAN *et al.*, 2007; BRASIL, 2004; CARDOSO *et al.*, 2004; CARDOSO; LOUREIRO, 2005; COHEN *et al.*, 2000; KLINGBERG, 1995; MACEDO *et al.*, 2011; QUELUZ, 1999; ROCHA, 2003; ROSA; FERREIRA, 1997). Ela não só leva à evasão de cuidados dentários, mas também efeitos indivíduos em geral, como perturbações do sono, baixa autoestima e distúrbios psicológicos (ARMPFIELD, 2008; CARVALHO *et al.*, 2011b).

Pacientes com muito medo são conhecidos como de difícil atendimento, pois tem diminuída a sua capacidade de colaborar com o tratamento (JACOB, 1998; KAAKKO *et al.*, 1999; MACEDO *et al.*, 2011; MILGROM *et al.*, 1988).

Na atenção odontológica, o estresse e a ansiedade têm sido relacionados com a “fuga” do tratamento, representando uma barreira à utilização desses serviços, mesmo quando muito necessários, comprometendo a saúde bucal do indivíduo (ARMPFIELD *et al.*, 2007; BOTTAN *et al.*, 2007; CARVALHO *et al.*, 2011a; CÉSAR *et al.*, 1993; COHEN *et al.*, 2000; COLARES *et al.*, 2004; KAAKKO *et al.*, 1999; MACEDO *et al.*, 2011; MORAES *et al.*, 2004; ROSA; FERREIRA, 1997; SHARIF, 2010). Grande parte da população evita visitar os consultórios odontológicos como rotina (MACEDO *et al.*, 2011). Dentre pessoas que não fizeram

consultas odontológicas de rotina, 23% não o fizeram por medo (HAUGEJORDEN; KLOCK, 2000). Este tipo de serviço apenas é buscado quando há a sensação de necessidade de tratamento, ou seja, na presença de sinais e/ou sintomas clínicos como dor, edema e fístulas (MACEDO *et al.*, 2011). A abordagem odontológica curativa comumente ocasiona alta sensibilidade, necessitando de medidas que reduzam as sensações álgicas, sendo usualmente necessária a realização de anestesia local, que já demonstrou ser uma situação com alta probabilidade de evasão ao tratamento (CARVALHO *et al.*, 2011a; COLARES *et al.*, 2004; KLINGBERG, 1995). O temor ao tratamento odontológico gera um problema cíclico. Quando o tratamento preventivo não ocorre por motivo de medo, a patologia dentária assume proporções que exigem tratamentos curativos ou emergenciais. Estes tratamentos, geralmente, são invasivos e, portanto, desconfortáveis, conseqüentemente, o medo e a fuga ao tratamento odontológico se exacerbam, estabelecendo-se, assim, o ciclo (ARMPFIELD *et al.*, 2007; BOTTAN *et al.*, 2007).

Existe uma tendência linear entre o grau de ansiedade e o percentual de sujeitos que realizaram consultas preventivas (de rotina). Quanto maior o grau de ansiedade (exacerbado), menor o percentual de pessoas que realizam consultas odontológicas de rotina. Este dado nos permite inferir que as consultas de rotina, prevenindo ou minimizando a ocorrência de situações clínicas invasivas e dolorosas, podem reduzir a ansiedade ao tratamento odontológico, favorecendo a quebra do ciclo: medo do tratamento odontológico – fuga das consultas – baixa saúde bucal (BOTTAN *et al.*, 2007).

A primeira infância tem sido apontada como o período ideal para introduzir bons hábitos e adotar padrões de comportamento que possam permanecer profundamente fixados (DOMINGUES *et al.*, 2008; HANNA *et al.*, 2007; MILGROM *et al.*, 1995). A Odontologia para Bebês visa contribuir na formação de uma geração com menos problemas dentários, com mais qualidade de saúde bucal e mais consciente da importância da prevenção. A literatura relativa à atenção odontológica precoce relata que quanto mais cedo a criança receber assistência, menos possibilidades terá de desenvolver lesões de cárie (GARBOZA; WALTER, 1997; GUIMARÃES *et al.*, 2003; MELHADO, 2000; WALTER *et al.*, 1991).

A visita ao dentista já no primeiro ano de vida é justificada, principalmente, pela manutenção de sua saúde bucal e também pelo fato de as crianças crescerem já ambientadas com os consultórios dentários, se a procura for

para intervenção preventiva. O tratamento dentário precoce pode despertar a cooperação da criança, pelo fato de se manter a saúde, sem causar trauma, dor ou desconforto (MELO; WALTER, 1997). Seu objetivo é desenvolver atitudes positivas nas crianças, uma vez que é mais difícil e mais caro alterar comportamentos ansiosos (DANIEL *et al.*, 2008; MILGROM *et al.*, 1995).

A infância caracteriza-se como um período crítico para o desenvolvimento do medo e/ou ansiedade, sendo esta uma causa significativa do absenteísmo odontológico na adolescência e fase adulta, pois a forma como a criança elabora internamente essa experiência é decisiva na formação de suas futuras expectativas e reações em relação à Odontologia (CARACIOLO, 2008; CHADWICK, 2002; POSSOBON *et al.*, 1998). O atendimento precoce desperta o condicionamento contínuo e progressivo dos bebês e aumenta a receptividade ao tratamento dentário precoce por parte da população, que passa a encarar o consultório como um lugar em que se vai em busca de saúde e não para um tratamento invasivo ou doloroso (MELO; WALTER, 1997).

As manifestações de medo ou ansiedade na criança podem ser atenuadas por meio de procedimentos profiláticos que devem ser usados na rotina da consulta, visando ampliar o campo perceptivo da criança em relação ao tratamento odontológico (FERREIRA *et al.*, 2009).

Os sentimentos e as atitudes dos acompanhantes - em geral, mães - em face do tratamento odontológico influenciam a percepção da criança ante a situação de atendimento existindo uma relação positiva entre o medo dos pais e dos filhos (CARDOSO; LOUREIRO, 2005; CORKEY; FREEMAN, 1994; DOMINGUES *et al.*, 2008; ELI *et al.*, 1997; KLINGBERG, 1995; THEMESSEL-HUBER *et al.*, 2010). Neste sentido, destaca-se o papel dos acompanhantes enquanto modelos para as crianças. Tal dado é concordante com os de Corkey e Freeman (1994) e Eli *et al.* (1997), que afirmam que o aparecimento da ansiedade odontológica pode estar relacionado à aprendizagem, na qual a ansiedade é desenvolvida através da observação, da identificação ou sugestão de modelos, geralmente os pais. Confirmou-se assim a hipótese formulada relativa à interferência negativa das manifestações emocionais dos diferentes atores no comportamento de colaboração das crianças diante do tratamento odontológico.

A atenção odontológica ao binômio mãe-filho deve iniciar-se no pré-natal, motivando-se e orientando-se a gestante sobre assuntos afins. Os cuidados

odontológicos dispensados à gestante devem ser entendidos como ímpares, pelo momento de motivação em que ela se encontra; como prioritários, pela importância que a futura mamãe tem na multiplicação de hábitos saudáveis no núcleo familiar; e como imprescindíveis, pela oportunidade de promover saúde com ela mesma, com o bebê que espera e com toda a família (GUIMARÃES *et al.*, 2003; KONISHI, 1994; MASSAO *et al.*, 1996).

A atenção precoce é um fator extremamente positivo e de grande importância na Odontologia, visto que as crianças desde cedo terão maior contato com a situação odontológica, familiarizando-se com o ambiente e com o profissional, tendo oportunidades de adquirir hábitos mais saudáveis e, assim, ter uma melhor qualidade de vida. Dessa forma, poderão repassar experiências pessoais e positivas de saúde bucal para pessoas de seu convívio (GUIMARÃES *et al.*, 2003).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na atenção odontológica o medo e a ansiedade têm sido relacionados com a “fuga” do tratamento, representando uma barreira à utilização desses serviços, mesmo quando muito necessários, comprometendo a saúde bucal do indivíduo. Esses sentimentos contribuem para o aumento das doenças da cárie e periodontais na população que voluntariamente não comparece aos consultórios mesmo sob manifestações agudas ou crônicas das doenças.

Os levantamentos mostram que grande parte da população evita visitar os consultórios odontológicos como rotina e revela que esse serviço é buscado somente na presença de sinais e/ou sintomas clínicos como dor, edema e fístulas.

A infância é um período crítico para o desenvolvimento do medo e/ou ansiedade, sendo esta uma causa significativa do absenteísmo odontológico na adolescência e fase adulta, pois a forma como a criança elabora internamente essa experiência é decisiva na formação de suas futuras expectativas e reações em relação à Odontologia.

A promoção de saúde bucal na primeira infância através de uma boa comunicação e proximidade entre profissionais e usuários bem como as consultas odontológicas de rotina e os procedimentos preventivos, podem evitar ou minimizar a ocorrência de situações clínicas invasivas e dolorosas, reduzindo assim a ansiedade ao tratamento odontológico, favorecendo a quebra do ciclo: medo do tratamento odontológico – fuga das consultas – baixa saúde bucal.

Com base na literatura revista e discutida, relacionada à Odontologia Preventiva na primeira infância como alternativa para evitar o medo e ansiedade relacionados ao tratamento odontológico, concluiu-se que:

- a ansiedade e fobia é comum entre pacientes odontológicos;
- o início do medo ao tratamento odontológico está associado à vulnerabilidade individual e às experiências traumáticas em tratamentos dentários;
- os instrumentais/equipamentos odontológicos e as ações dos profissionais em procedimentos curativos invasivos são os principais desencadeadores do medo ao tratamento odontológico;
- relatos de falta à consulta e de fuga/evitação do tratamento tiveram importante associação com ansiedade e fobia odontológicas;

- a ansiedade e o medo relacionados ao atendimento odontológico estão associadas com uma história prévia de atendimento traumatizante, com frequência ocorrida na infância;
- quanto maior o grau de ansiedade (exacerbado), menor o percentual de pessoas que realizam consultas odontológicas de rotina;
- o medo e a ansiedade ao tratamento odontológico constituem um problema para a promoção de saúde bucal, favorecendo um quadro de saúde bucal deficiente;
- consultas de rotina, prevenindo ou minimizando a ocorrência de situações clínicas invasivas e dolorosas, podem reduzir a ansiedade ao tratamento odontológico, favorecendo a quebra do ciclo: medo do tratamento odontológico – fuga das consultas – baixa saúde bucal;
- a primeira infância é o período ideal para introduzir bons hábitos e adotar padrões de comportamento que permanecerão profundamente fixados na adolescência e fase adulta;
- os procedimentos profiláticos usados na consulta de rotina atenuam as manifestações de medo ou ansiedade na criança ampliando o seu campo perceptivo em relação ao tratamento odontológico;
- o papel dos acompanhantes enquanto modelos para as crianças é importante por existir uma relação positiva entre o medo dos pais e dos filhos;
- a atenção precoce reduz as chances de desenvolvimento de doenças orais em bebês e proporciona o desenvolvimento de atitudes positivas nas crianças com sua ambientação ao consultório odontológico, além da criação de hábitos de higiene bucal, tanto nas crianças de pouca idade quanto nos pais, principais responsáveis pela educação dos filhos;
- a atenção precoce é de grande importância na Odontologia, visto que as crianças desde cedo estarão familiarizadas com a situação odontológica e com o profissional, tendo uma cavidade oral mais saudável e, assim, uma melhor qualidade de vida e, dessa forma, poderão repassar experiências pessoais positivas de saúde bucal para pessoas de seu convívio.

Diante disso, fica evidente a necessidade de programas odontológicos voltados para a promoção de saúde na primeira infância, pois o atendimento

precoce desperta o condicionamento contínuo e progressivo dos bebês e evita procedimentos invasivos causadores dessa aversão. A prevenção e atenção precoce com a finalidade de preservação da saúde são de extrema importância para a educação e formação de pessoas saudáveis. Baseando-se nessas evidências, a Equipe de Saúde Bucal do PSF Urbano do município de Ibiracatu pretende implantar um programa de atenção em saúde bucal voltado para bebês com o intuito de proporcionar as vantagens deste trabalho preventivo aos pequeninos usuários da comunidade gerando novas expectativas e boas reações em relação à Odontologia.

A Odontologia do futuro baseia-se nesse princípio e não somente em novas tecnologias e avanços científicos. Dessa maneira, os resultados dos esforços atuais serão vistos em adultos conscientes e saudáveis, os quais serão verdadeiros instrumentos educadores para as novas gerações.

REFERÊNCIAS

1. AARTMAN, I. H. A. Reliability and validity of the short version of the Dental Anxiety Inventory. **Comm Dent Oral Epidemiol**, v.26: p.350-354, 1998.
2. ANDERSON, J. W. Fear in dental chair. **Oral Health**, v.87: p.9-12, 1997.
3. ARMFIELD, J. M. A. preliminary investigation of the relationship of dental fear to other specific fears, general fearfulness, disgust sensitivity and harm sensitivity. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.36, n.2: p.128-136, 2008.
4. ARMFIELD, J. M.; STEWART, J. F.; SPENCER, A. J. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. **BMC Oral Health**, v.7: p.1, 2007.
5. BOTTAN, E. R.; OGLIO, J. D.; ARAÚJO, S. M. Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes do ensino fundamental. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, João Pessoa, v. 7, n.3: p. 241-246, set./dez. 2007.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira – resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010: pesquisa nacional de saúde bucal – resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 92 p.
8. CARACIOLO, G. M. **Medo e/ou ansiedade como fator inibitório para a visita ao dentista em pré-escolares na cidade do Recife**. [Tese]. Camaragibe: Universidade de Pernambuco, 2008.
9. CARDOSO, C. L.; LOUREIRO, S. R.; NELSON-FILHO, P. Pediatric dental treatment: manifestations of stress in patients, mothers and dental school students. **Braz Oral Res**, v.18, n.2: p.150-155, 2004.
10. CARDOSO, L. C.; LOUREIRO, S. R. Problemas comportamentais e stress em crianças com ansiedade frente ao tratamento odontológico. **Estud Psicol**, v.22, n.1: p.5-12, 2005.
11. CARVALHO, R. W. F. *et al.* Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros. **Cien Saude Colet** [online], 2011. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/lista_artigos.php>. Acesso em: 16 mar. 2012.
12. CARVALHO, R. W. F. *et al.* Aspectos psicossociais dos adolescentes de Aracaju (SE) relacionados à percepção de saúde bucal. **Cien Saude Colet**, v.16, pt.1: p.1621-1628, 2011.

13. CESAR, J. *et al.* Cross validation of a Brazilian version of the Dental Fear Survey. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.21, n.1: p.148-50, 1993.
14. CHADWICK, B. L. Assessing the anxious patient . **Dent Update**, v. 29, n. 9: p.448-454. 2002.
15. CHANPONG, B.; HAAS, D. A.; LOCKER, D. Need and demand for sedation or general anesthesia in dentistry: a national survey of the Canadian population. **Anesth Prog**, v.52, n.1: p.3-11, 2005.
16. COGO, 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, mai./ago. 2006.
17. COHEN, S. M.; FISKE, J.; NEWTON, J. T. The impact of dental anxiety on daily living. **Br Dent J**, v.189, n.7: p.385-390, 2000.
18. COLARES, V. *et al.* Medo e/ou ansiedade com fator inibitório para a visita ao dentista. **Arq Odontol**, v.40, n.1: p.59-72, 2004.
19. CORKEY, B.; FREEMAN, R. Predictors of dental anxiety in six year old children: Findings from a pilot study. **Journal of Dentistry for Children**, v.61, n.4: p.267-71, 1994.
20. CRUZ, J. S. *et al.* A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v.11, n.4: p.307-313, out./dez. 1997.
21. DANIEL, T. S. *et al.* Percepção do paciente infantil frente ao ambiente odontológico. **Odontologia Clín-Científ**, Recife, v.7, n.2: p.129-132, abr./jun. 2008.
22. DÉL REY, G. J. F.; PACINI, C. A. Um estudo epidemiológico sobre a fobia dental. **Arq Odontol**, v.41, n.1: p.41-49, 2005.
23. DOMINGUES, S. M.; CARVALHO, A. C. D.; NARVAI, P. C. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**, v.18, n.1: p.66-78, 2008.
24. ELI, L. *et al.* Antecedents of dental anxiety: Learned responses versus personality traits. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.25: p.233-237, 1997.
25. FERREIRA, J. M. S.; ARAGÃO, A. K. R.; COLARES, V. Técnicas de controle do comportamento do paciente infantil. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.9, n.2: p.247-251, mai./ago. 2009.

26. GARBOZA, C. S.; WALTER, L. R. F. Estudo da prevalência de cárie numa população de 0 a 5 anos atendida precocemente pela Bebê-Clínica da Universidade Estadual de Londrina. **Semina**, Londrina, v.18, ed. especial: p.51-54, fev. 1997.
27. GUEDES-PINTO, A. C. **Manual de Odontopediatria**. São Paulo: Ed. Santos, 1995.
28. GUIMARÃES, A. O.; COSTA, I. C. C.; OLIVEIRA, A. L. S. As origens, objetivos e razões de ser da Odontologia para bebês. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v.6, n.29: p.83-86, jan./fev. 2003.
29. HAKEBERG, M.; BERGGREN, U.; CARLSSON, S. G. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.20: p.97-101, 1992.
30. HANNA, L. M. O.; NOGUEIRA, A. J. S.; HONDA, V. Y. S. Percepção das gestantes sobre a atenção odontológica precoce nos bebês. **RGO**, Porto Alegre, v. 55, n.3: p. 271-274, jul./set. 2007.
31. HAUGEJORDEN, O.; KLOCK, K. S. Avoidance of dental visits: the predictive validity of three dental anxiety scales. **Acta Odontol Scand**, v.58: p.255-259, 2000.
32. JACOB, L. S. Psicologia e Odontologia. *In*: RANGÉ B. (Org.). **Psicoterapia Comportamental e Cognitiva**. São Paulo: Editorial Psy, 1998.
33. KAAKKO, T.; GETZ, T.; MARTIN, M. D. Dental anxiety among new patients attending a dental school emergency clinic. **J Dent Educ**, v.63: p.748-752, 1999.
34. KANEGANE, K. *et al.* Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.6: p.786-792, 2003.
35. KLATCHOIAN, D. A. **A relação dentista - criança na clínica odontopediátrica**. [Tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1992. 232 p.
36. KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. **Int J Paediatr Dent**, v.17, n.6: p.391-406, 2007.
37. KLINGBERG, G. **Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects**. [Tese]. Sweden: University of Gothenburg, 1995.
38. KONISHI, F. Odontologia intra-uterina. **J Aboprev**, Porto Alegre, p.8, jan./jul. 1994.

39. MACEDO, F. A. F. F. *et al.* Ansiedade odontológica em um serviço de saúde bucal. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v.11, n.1: p.29-34, jan./mar. 2011.
40. MASSAO, J. M. *et al.* Filosofia da clínica de bebês da Unigranrio – RJ. **Rev Bras Odontol**, Rio de Janeiro, v.53, n.5: p.6-13, set. 1996.
41. MELHADO, F. L. **Influência do atendimento odontológico para bebês sobre a prevalência da cárie dentária: estudo comparativo**. [Dissertação de Mestrado]. Araçatuba: Faculdade de Odontologia de Araçatuba, 2000.
42. MELO, M. M.; WALTER, L. R. F. Relação comportamental em bebês de 0 a 30 meses. **Semina**, Londrina, v.18, ed. especial: p.43-46, fev. 1997.
43. MENG, X. *et al.* Effect of fear dental utilization behaviors and oral health outcome. **Community Dent Oral Epidemiol**, v.35, n.4: p.292-301, 2007.
44. MILGROM, P.; COSTA, S. M. Reconizing and treating fears in general practice. **Dent Clin North Am**. Philadelphia, v.32, n.4: p.657-665, out. 1988.
45. MILGROM, P.; FISET, L.; MELNICK, S. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. **J Am Dent Assoc**, v.116: p.641-647, 1988.
46. MILGROM, P.; WEINSTEIN, P.; GETZ, T. **Treating fearful dental patients**. 2 ed. Washington: University of Washington in Seattle, 1995, p.19-20.
47. MORAES, A. B. A. *et al.* Fear assessment in Brazilian children: The relevance of dental fear. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.20, n.3: p.289-294, 2004.
48. MORAES, A. B. A. Psicologia e saúde bucal: circunscrevendo o campo. *In*: KERBAUY, R. R. (Org.). **Comportamento e Saúde**. Santo André: Arbytes, 1999. 221p.
49. OLIVEIRA, A. G. R. C. *et al.* Modelos assistenciais em saúde bucal no Brasil: tendências e perspectivas. **Rev Ação Coletiva**, Brasília, v.2, n.1: p.9-14, jan. 1999.
50. OLIVEIRA, M. A. **Associação entre Experiências Odontológicas na Infância e o Medo Frente ao Tratamento Odontológico entre Universitários Brasileiros de Odontologia, Psicologia e Matemática**. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.
51. PELEGRINE, F. M. **Consulta odontológica e ansiedade ao tratamento odontológico: estudo com escolares do ensino fundamental**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2006.
52. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. **Acesso e Utilização de Serviços de Saúde**, 1998. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad98/saude/sb11.shtm>>. Acesso em: 30 mar. 2012.

53. POSSOBON, R. F.; CAETANO, M. E. S.; MORAES, A. B. A. Odontologia para crianças não colaboradoras: relato de casos. **Revista Brasileira de Odontologia**, v.55, n.2: p.80-83, 1998.
54. POSSOBON, R. F. *et al.* O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v.12, n.3: p.609-616, set./dez. 2007.
55. QUELUZ, D. Medo ao tratamento odontológico em escolares. **RGO**, v.47, n.4: p.225-228, 1999.
56. ROCHA, L. M. L. **Avaliação do nível de ansiedade e medo em alunos das escolas pública e privada no município de Belém-PA**. [Dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de São Paulo, 2003.
57. ROCHA, R. G. *et al.* O medo e a ansiedade no tratamento odontológico: controle através de terapêutica medicamentosa, *In*: FELLER, C.; GORAB, R. **Atualização na Clínica Odontológica**. São Paulo: Ed. Artes Médicas; 2000. p.387-410.
58. RONIS, D. L. Updating a measure of dental anxiety: reliability, validity, and norms. **J Dent Hyg**, v.68, n.5: p.228-233, 1994.
59. ROSA, A. L.; FERREIRA, C. M. Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. **RBO**, v.54, n.3: p.171-174, 1997.
60. SCHUMAN, N. J. *et al.* Dentistry as portrayed in motion pictures on television. **Compend Contin Educ Dent**, v.14, n.1: p.102-106, jan. 1993.
61. SHARIF, M. O. Dental anxiety: detection and management. **J Appl Oral Sci**, v.18, n.2: p.i, 2010.
62. SINGH, K. A.; MORAES, A. B. A.; AMBROSANO, G. M. B. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesq Odont Bras**, v.14, n.2: p. 131-136, 2000.
63. SKARET, E. *et al.* Dental anxiety among 18-yr-olds in Norway. Prevalence and related factors. **Eur J Oral Sci**, v.106, n.4: p.835-43, 1998.
64. TAANI, D. Q.; EL-QADERI, S. S.; ABU ALHAIJA, E. S. Dental anxiety in children and its relationship to dental caries and gingival condition. **Int J Dent Hyg**, v.3, n.2: p.83-87, 2005.

65. THEMESSEL-HUBER, M. *et al.* Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v.20, n.2: p.83-101, mar. 2010.
66. WALTER, L. R. F.; GARBELINI, M. L.; GUTIERREZ, M. C. Bebê-Clínica: “a experiência que deu certo”. **Divulg. saúde debate**, n. 6, p. 65-68, out. 1991.