



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
EM CIÊNCIAS HUMANAS/DOUTORADO

Romero Meireles Brandão

**A influência do medo do tratamento odontológico na saúde bucal e nas vivências dos
indivíduos**

Florianópolis

2022

Romero Meireles Brandão

**A influência do medo do tratamento odontológico na saúde bucal e nas vivências dos
indivíduos**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas/Doutorado da Universidade Federal de Santa Catarina, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Ciências Humanas.

Orientador: Prof. Dr. Javier Ignacio Vernal
Coorientadora: Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues

Área de concentração: Condição Humana e Saúde na Modernidade

Florianópolis

2022

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC

BRANDÃO, ROMERO MEIRELES

A influência do medo do tratamento odontológico na saúde bucal e nas vivências dos indivíduos/Romero Meireles Brandão; orientador, Javier Ignacio Vernal, coorientadora, Suely Maria Rodrigues, 2022.

147 p.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Florianópolis, 2022.

Inclui referências.

1. Ciências Humanas. 2. Medo. 3. Medo na Odontologia. 4. Medo do cirurgião-dentista. 5. Medo do tratamento odontológico. 4. Saúde bucal. I. Ignacio Vernal, Javier. II. Maria Rodrigues, Suely. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas. IV. Título.

Romero Meireles Brandão

A influência do medo do tratamento odontológico na saúde bucal e nas vivências dos indivíduos

O presente trabalho em nível de doutorado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.(a) Eunice Sueli Nodari, Dr.(a)
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)

Prof.(a) Carlos Alberto Dias, Dr.(a)
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM)

Prof.(a) Elaine Toledo Pitanga Fernandes, Dr.(a)
Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE)

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de doutor em Ciências Humanas.

Profª. Dra. Eunice Sueli Nodari
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof.(a) Javier Ignacio Vernal, Dr.(a)
Orientador(a)

Florianópolis, 2022.

Este trabalho é dedicado à Marileny, mais do que esposa, o alicerce desta conquista, a quem agradeço sempre pelo amor e companheirismo.

À minha mãe Marilzia (*in memoriam*), que sempre sonhou e incentivou meu doutoramento, e ao meu pai, Dimas, que nunca mediu esforços para minha formação.

AGRADECIMENTOS

À Deus, Senhor acima de todas as coisas, condutor de meu curso de vida.

Ao Prof. Dr. Javier Ignacio Vernal, meu muito obrigado, por seus ensinamentos, pela orientação e direcionamento deste trabalho, por sua amizade e acolhida.

À Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues, minha coorientadora, muito obrigado pela amizade de uma longa jornada, transmissão de conhecimentos, incentivo, e apoio que permitiram a conclusão deste trabalho.

À professora Dra. Eunice Sueli Nodari, grato pela confiança, acolhida e contribuições em minha Defesa de Tese e pela viabilização do Doutorado Interinstitucional DINTER/UFSC/UNIVALE.

Aos professores Dr. Carlos Alberto Dias e Dra. Elaine Toledo Pitanga Fernandes, agradeço a disponibilidade, confiança e contribuições em minha Banca de Qualificação e Banca de Defesa de Tese.

Aos professores do PPGICH/UFSC/DINTER, obrigado pela transmissão de conhecimentos e disponibilidade de ensinamento.

Aos professores Dr. Haruf Salmen Espindola e Dra. Eunice Maria Nazareth Nonato pelo empenho da realização do DINTER/UFSC/UNIVALE.

Aos meus colegas da disciplina de Endodontia, profs. Erika Miranda, Luiz Felipe Moreira, Paulo Roberto Viana, Valéria Rezende, Viviane Xavier e Whyrlene Steine, por momentos compartilhados e se fazerem presentes em minhas ausências durante o doutoramento.

À Fundação Percival Farquhar (FPF) e à Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) pela oportunidade de qualificação ao nível de Doutorado.

As colaboradoras do PPIGCH/UFSC, Cristina e Luciana, pela presteza no atendimento de nossas solicitações.

Aos meus colegas do DINTER, pela amizade, convivência enriquecedora e experiências compartilhadas.

Aos pacientes das clínicas de Endodontia, que de forma espontânea participaram desta pesquisa de Tese. Muito obrigado, vocês foram fundamentais neste estudo.

Às atendentes da Clínica 3 do curso de Odontologia/UNIVALE, Luciene Quirino e Doralice Teixeira que nos ajudaram na recepção dos pacientes nas entrevistas desta pesquisa.

Aos meus irmãos, Rosane, Rosaly, Raquel, Ronaldo e Renata, e cunhada Christina, pela torcida de toda uma vida, e à minha sogra Terezinha Boechat, pela torcida e orações.

Ei, dor
Eu não te escuto mais
Você não me leva a nada
Ei, medo
Eu não te escuto mais
Você não me leva a nada

E se quiser saber
Pra onde eu vou
Pra onde tenha Sol
É pra lá que eu vou

(NASTÁCIA, 2005)

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender a influência do medo do tratamento odontológico na condição de saúde bucal insatisfatória e nas vivências dos indivíduos. Tratou-se de um modelo de estudo descritivo do tipo transversal, mediante levantamento de dados primários com uma abordagem qualitativa realizado nas clínicas escola do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), localizada no município de Governador Valadares, Minas Gerais. A pesquisa foi desenvolvida em três etapas investigativas consecutivas, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Inicialmente, na primeira etapa, a amostra foi constituída por 40 indivíduos (11 homens cis e 29 mulheres cis) na faixa etária entre 18 a 59 anos, em tratamento odontológico regular nas clínicas da disciplina de Endodontia, no mês de dezembro de 2021, que aceitaram participar espontaneamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram levantados os dados sociodemográficos dos participantes e por meio de um formulário autoaplicável foi identificada a razão da procura tardia pelo tratamento odontológico já com a necessidade de tratamento de canal. Na segunda etapa, participaram de uma entrevista semiestruturada, 11 indivíduos (01 homem cis e 10 mulheres cis) que na etapa anterior relataram ser o medo pelo menos um dos motivos para a busca tardia do tratamento odontológico. Foi investigada a relação do medo do tratamento com a condição de saúde bucal insatisfatória dos entrevistados, e se houve alguma mudança na sua vida pessoal. A terceira etapa, aconteceu após a conclusão do tratamento de canal dos 11 participantes da etapa anterior, que responderam a uma entrevista semiestruturada com questões que investigaram se o conhecimento prévio do tratamento pelo paciente e a conduta clínica do cirurgião-dentista contribuíram para diminuir o medo do tratamento odontológico. Na segunda e terceira etapas, as falas dos entrevistados foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas. Os dados sociodemográficos foram tabulados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel*. Os dados qualitativos coletados nas transcrições das entrevistas foram analisados pela técnica da Análise do Conteúdo de Bardin. Os resultados evidenciaram uma significativa influência do medo no afastamento e fuga do tratamento odontológico e conseqüentemente na saúde bucal insatisfatória dos indivíduos. O medo interferiu negativamente, dificultando as relações interpessoais e as atividades laborais dos indivíduos. A investigação proporcionada por esta tese ampliou nossos conhecimentos, revelou nuances antes não percebidas, sinalizou caminhos que com certeza fortalecerão nossa atuação clínica e acadêmica no processo de humanização do atendimento e minoração do sofrimento dos indivíduos causado pelo medo.

Palavras-chave: Medo; Medo na Odontologia; Medo do cirurgião-dentista; Medo do tratamento odontológico; Saúde bucal.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the influence of fear of dental treatment on poor oral health status and on individuals' experiences. It was a descriptive cross-sectional study model, through primary data collection with a qualitative approach carried out in the school clinics of the Dentistry course of the Vale do Rio Doce University (UNIVALE), located in the municipality of Governador Valadares, Minas Gerais. The research was developed in three consecutive investigative stages, after approval by the Research Ethics Committee (CEP). Initially, in the first stage, the sample consisted of 40 individuals (11 cis men and 29 cis women) aged between 18 and 59 years, undergoing regular dental treatment in the clinics of the discipline of Endodontics, in December 2021, who they accepted to participate spontaneously and signed the Free and Informed Consent Term (FICT). The sociodemographic data of the participants were collected and, through a self-administered form, the reason for the late demand for dental treatment was identified, with the need for root canal treatment. In the second stage, 11 individuals (01 cis man and 10 cis women) participated in a semi-structured interview, who in the previous stage reported that fear was at least one of the reasons for late seeking dental treatment. The relationship between fear of treatment and unsatisfactory oral health status of respondents was investigated, and whether there was any change in their personal life. The third stage took place after the completion of the root canal treatment of the 11 participants in the previous stage, who responded to a semi-structured interview with questions that investigated whether the patient's prior knowledge of the treatment and the dental surgeon's clinical conduct contributed to reducing fear. of dental treatment. In the second and third stages, the interviewees' speeches were recorded and later transcribed and analyzed. Sociodemographic data were tabulated in a Microsoft Office Excel spreadsheet. The qualitative data collected in the interview transcripts were analyzed using Bardin's Content Analysis technique. The results showed a significant influence of fear in the withdrawal and escape from dental treatment and consequently in the poor oral health of individuals. Fear interfered negatively, making interpersonal relationships and work activities of individuals difficult. The investigation provided by this thesis has expanded our knowledge, revealed nuances that were not perceived before, signaled paths that will certainly strengthen our clinical and academic performance in the process of humanizing care and alleviating the suffering of individuals caused by fear.

Keywords: Fear; Fear in Dentistry; Fear of the dentist; Fear of dental treatment; Oral health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Lâmina de sílex.....	38
Figura 2- Perfuração de dente com broca de pedra	39
Figura 3- Visão do paciente com medo do dentista (cartoon).....	40
Figura 4- O “tiradentes” em praça pública	45
Figura 5- Chave de Garengot (Boticão).....	55
Figura 6- Fórceps Pelicano.....	56
Figura 7- Droga da sedução (filme).....	56
Figura 8- Prótese dentária.....	57
Figura 9- O charlatão arrancador de dentes (Theodoor Rambouts, 1620)	66
Figura 10- Visão do paciente com medo do dentista (cartoon).....	67
Figura 11- Medo do dentista (cartoon).....	67
Figura 12- O Dentista I (filme).....	69
Figura 13- O Dentista II (filme).....	69
Figura 14- Droga da sedução (filme).....	70
Figura 15- A pequena loja de horrores (filme).....	71

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	APRESENTAÇÃO.....	13
1.2	O MEDO: A TEMÁTICA DE ESTUDO.....	17
1.3	SITUAÇÃO-PROBLEMA E HIPÓTESE.....	18
1.4	OBJETIVOS.....	19
1.4.1	Geral.....	19
1.4.2	Específicos.....	20
1.5	JUSTIFICATIVA.....	20
1.6	METODOLOGIA.....	22
1.6.1	ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO.....	22
1.6.2	UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO.....	23
1.6.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	24
1.6.4	AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	25
1.6.5	ESTUDO PILOTO.....	27
1.6.6	ETAPAS DA COLETA DE DADOS.....	27
1.6.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	33
1.7	PLANO DE TESE.....	34
2	A HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA E A IMAGEM DO CIRURGIÃO- DENTISTA.....	36
2.1	A LINHA DO TEMPO: DA PRÉ-HISTÓRIA À IDADE CONTEMPORÂNEA.....	36
2.2	A ODONTOLOGIA NO BRASIL	51
2.3	A FIGURA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO IMAGINÁRIO POPULAR.....	65
3	O MEDO E A ODONTOLOGIA.....	71
3.1	MEDO: SINAIS, SINTOMAS E CARACTERÍSTICAS.....	71
3.2	AS INTERFERÊNCIAS DO MEDO NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.....	76
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	81
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110

REFERÊNCIAS.....	117
APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	128
APÊNDICE B- AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	136
APÊNDICE C- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E IDENTIFICAÇÃO DE INDIVÍDUO COM MEDO EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.....	137
APÊNDICE D- ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: MOTIVO DO MEDO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.....	139
APÊNDICE E- ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: ATITUDES DO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA DIMINUIR O MEDO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.....	140
ANEXO A- DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO CEP.....	141

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Graduado em Odontologia, Especialista e Mestre em Endodontia, atuando como professor universitário no curso de Graduação em Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), em Governador Valadares, MG, por quase três décadas, exerço e exerci ao longo dos anos a supervisão de acadêmicos no atendimento clínico aos pacientes. Participando das clínicas da disciplina de Endodontia, onde é realizado o “tratamento de canal”, sempre deparamos com a queixa dos pacientes relativa a “dor de dente”. A odontalgia, associada de forma constante e inseparável à intervenção, incomoda e apavora os pacientes. A dor está diretamente interligada por componentes fisiológicos e emocionais ao sentimento de medo. O tratamento odontológico, e em particular o “tratamento de canal”, sempre foi sinônimo de dor e sofrimento, e mesmo sendo este um dos últimos recursos para a manutenção do elemento dental na cavidade bucal, também apavora, amedronta e afasta a população do consultório odontológico.

A literatura é absoluta ao indicar que para a formação do cirurgião-dentista é preciso que o futuro profissional seja direcionado para o estudo das relações com seu paciente. Este deve ser alertado que muitas crianças, e até mesmo adultos, chegam ao consultório atemorizados, pelas ideias preconcebidas a respeito do tratamento. A dor e o próprio medo de senti-la representam uma barreira para continuidade do atendimento odontológico, impossibilitando a prevenção e a promoção da saúde bucal, permitindo a instalação de doenças (COSTA *et al.*, 2014).

Na supervisão acadêmica encontrei pacientes que frente ao atendimento clínico foram dispensados e indicados para avaliação médica porque apresentavam aumento da pressão arterial, episódios de desmaios, suor excessivo ou palidez constante, espasmos intensos nas extremidades dos membros (mãos e pernas). Muitos desses pacientes retornavam com laudos médicos que descreviam condições de saúde normais, indicando que os sinais e sintomas apresentados eram pontuais e estavam diretamente relacionados ao tratamento odontológico.

Durante a anamnese observei que, muitos pacientes relatam estresse e cansaço, por terem passado a noite sem dormir devido a dor de dente, perturbando toda a família.

Reclamam que no dia seguinte, não conseguem ir ao trabalho ou mesmo à escola, pois após uma noite de sofrimento em claro ou mal dormida, mesmo que comparecem ao trabalho ou à escola, o rendimento é reduzido.

Muitos se dizem arrependidos por não ter procurado o tratamento preventivamente, e ao mesmo tempo alegam que por causa do medo, protelaram a busca por tratamento odontológico até serem incomodados pela dor. Alguns, até sinalizam que preferem extrair o dente como forma de evitar sofrimento futuro. Embora considerem normal a mutilação, quando o elemento dentário ainda tem condição de ser restaurado, esses pacientes são prontamente orientados pelos professores e pelos acadêmicos que a extração não é a melhor solução.

Durante o atendimento clínico, há pacientes que não demonstram medo, alguns relatam medo, e outros descrevem momentos desagradáveis ocorridos em atendimentos anteriores. Por mais que soubesse que historicamente os indivíduos sentem medo do tratamento odontológico, as situações apresentadas me trouxeram inquietação sobre como na contemporaneidade ainda é frequente o medo do tratamento odontológico e em especial como ainda é evidente essa emoção na população assistida nas clínicas odontológicas da UNIVALE.

O olhar crítico sobre o atendimento de pacientes que aparentavam estar amedrontados, contribuiu para que o medo se tornasse o tema central de meus estudos. Era preciso entender com mais propriedade as vivências desses indivíduos as quais dificultavam, impediam, ou mesmo os afastavam do tratamento. Alguns acadêmicos também demonstraram inquietações diante dessa realidade e, em consequência, sob minha orientação, foram desenvolvidos dois Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) sobre o tema em questão: o primeiro intitulado “Influência do medo e ansiedade no tratamento odontológico”, elaborado pelas discentes Alice Nayara Mariano Coelho, Ana Paula Lopes de Souza, Arllen Rodrigues Ferraz Gomes, Débora Garcia S’Pindola e Karinne Alves Godinho Barbosa, no ano de 2016, que ressaltava o papel do cirurgião-dentista no controle dessas emoções. O segundo, “Medo e ansiedade no tratamento odontológico”, elaborado pelos discentes Aquiles Alves de Souza, Gustavo Henrique Furtado Theodoro, Igor Rodrigues Lima De Oliveira e Lara Leite Muniz Ferreira, no ano de 2018, que destacava os recursos utilizados para controlar essas emoções.

A partir desses trabalhos, percebi o quanto é vasto e complexo o estudo do medo. A formação tecnicista da Odontologia nos permite com mais facilidade a compreensão dos aspectos fisiológicos dessa emoção, mas e os aspectos cognitivos, comportamentais? O medo que afasta ou faz o indivíduo ter reações inesperadas durante o tratamento odontológico, se limita ao espaço deste atendimento ou estende além do alcance do cirurgião-dentista? Em que medida o medo interfere na saúde bucal dos indivíduos? A que potência se eleva as consequências do medo do tratamento odontológico na vida dos indivíduos? Os pacientes que ficam sem dormir por dor de dente e irritam seus familiares, aqueles que faltam ao trabalho, ou à escola, até que ponto e de que forma o medo influencia a vida desses indivíduos? A Odontologia por si só não responde a essas indagações, é preciso a somatória do conhecimento biológico com o conhecimento de aspectos psicossociais, históricos, socioculturais inerentes aos indivíduos para que o profissional tenha uma visão holística de seu paciente, e o atendimento ocorra com estresse fisiológico e psicológico mínimos, maior adesão e com menor interferência negativa na qualidade de vida das pessoas.

As manifestações biológicas e psicológicas relacionadas ao medo do cirurgião-dentista resultam na fuga e ausência às consultas odontológicas, o que levam ao agravamento da saúde bucal e geral dos pacientes. É importante o estabelecimento de estratégias de prevenção e qualificação dos profissionais para identificar essas manifestações e buscar soluções. Observa-se que a integração de diferentes áreas de conhecimento com uma formação interdisciplinar e multiprofissional possibilita a abordagem dos aspectos psicossociais característicos e indissociáveis aos indivíduos (PERONIO; SILVA; DIAS, 2019).

Em uma reflexão sobre em quais condições é aceitável ter medo e em que intensidade, como também o que é um medo desproporcional, Pauluk e Ballão (2019) salientaram que estas questões são causas externas ao próprio medo ou, em outras palavras, são construções culturais, e que as Ciências Humanas possuem mais competência para trazer estas respostas à tona.

Em 2017, ingressei no Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), inicialmente com a proposta de investigar o impacto do medo no tratamento odontológico e na qualidade de vida dos indivíduos. Um propósito ainda imaturo que carecia de maior direcionamento e especificidade, mas com o intuito de integrar minha experiência na Odontologia com os saberes das Ciências Humanas,

e assim poder contribuir com a pesquisa no âmbito interdisciplinar, ampliando as discussões e trazendo possíveis respostas ou contribuições para a análise dos desdobramentos das interferências do medo no tratamento odontológico.

Na perspectiva de um trabalho interdisciplinar, novas leituras (a exemplo, Giddens e Bauman) possibilitaram identificar os conhecimentos com afinidade à temática proposta. Desta forma proponho o diálogo da Odontologia com a História, com a Psicologia, com a Sociologia, e a Saúde Coletiva, buscando entender a essência e as características do medo, os comportamentos gerados, e o contexto histórico. A interação dessas Ciências será descrita ao longo do desenvolvimento do trabalho de Tese. Diferente dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) orientados por mim, os quais destacavam a ansiedade e o medo durante o atendimento odontológico e a intervenção e recursos utilizados pelo cirurgião-dentista para amenizar seus efeitos, buscamos neste trabalho de tese analisar o medo do tratamento odontológico como fator causal da saúde bucal insatisfatória e as consequências desta interferência nas vivências individuais.

A inserção no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH), representa um desafio pessoal. A formação na área da saúde e em específico na Odontologia, naturalmente me faria buscar o Doutorado em minha especialidade. Contrariando todas as expectativas, tive predileção pelo Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas, um campo novo, onde talvez tivesse mais obstáculos a serem vencidos, mas onde os instrumentos utilizados e a absorção de conhecimentos de diferentes áreas disciplinares, permitiriam uma conexão com os saberes da Odontologia e possibilitariam a compreensão com mais propriedade do medo oriundo do tratamento odontológico, atuando como vetor transformador dos aspectos emocionais, sociais e comportamentais dos indivíduos envolvidos com essa emoção.

As Ciências Humanas possuem aptidão para apresentar resultados mais completos e satisfatórios quando atuam de forma interdisciplinar, agregando tantos recursos quantos forem necessários para atingir os múltiplos aspectos simultâneos e intermitentes dos fenômenos estudados (MARTINS, 2018).

1.2 O MEDO: A TEMÁTICA DE ESTUDO

Várias locuções verbais são utilizadas para caracterizar uma condição emocional desagradável de apreensão ou tensão, acompanhada por sintomas de estimulação fisiológica como palpitações, dificuldade de respiração, tonturas, suores, sensações de calor e frio ou tremores, provocados por uma ameaça real ou antecipada. Para designação desta condição, o medo é um dos termos mais utilizado, tanto na linguagem cotidiana como na literatura psicológica (BAPTISTA; CARVALHO; LORY, 2005).

Na perspectiva das teorias das emoções, o medo é classificado como uma emoção básica, essencial, discreta, vivenciada em todas as idades, culturas, raças ou espécies. O medo é resultado de uma circunstância definida, e é caracterizado por um sentimento de temor a algo que é externo e que representa perigo real ao nosso físico ou psicológico (BARLOW, 2002; GIDDENS, 2002; PEREIRA *et al.*, 2013).

Segundo Bauman (2008) o medo é um sentimento conhecido de toda criatura viva. Os seres humanos compartilham essa vivência com os animais não humanos, que diante de uma ameaça que ponha em risco suas vidas, hesitam entre as alternativas de fuga ou agressão. Tendo assolado o mundo dos seres humanos, o medo se torna capaz de impulsionar e se intensificar por si mesmo. Adquire um ímpeto e uma lógica de desenvolvimento próprios, precisando de poucos cuidados e quase nenhum estímulo adicional para se difundir e crescer –irrefreavelmente.

Figueiredo; Pia; Ferreira (2018) afirmaram que a emoção do medo é reconhecida muitas vezes como uma emoção negativa que as pessoas devem se ver livres por completo, entretanto, estudos indicam o quanto ela é necessária para o ser humano. O medo é em grande parte responsável pela subsistência da humanidade e demais espécies. Conhecer o medo é importante para aprender a lidar com suas expressões. O medo apesar de provocar sensações intoleráveis, é importante para nos pôr em alerta sobre os perigos que nos ameaçam. O medo sofre algumas influências como o fator idade, gênero, cultura, classe socioeconômica, nível de desenvolvimento cognitivo e outros fatores individuais ou sociais, o que ajuda a determinar se há patologia ou não.

Entre os sentimentos evidenciados no consultório odontológico, o medo é o mais preocupante, pois determina diferentes tipos de comportamento e provoca reações somáticas

indesejáveis. Mesmo com os avanços tecnológicos na Odontologia, este sentimento faz parte do universo dos indivíduos infantis e adultos e é considerado como importante indicador de risco à uma condição de saúde bucal insatisfatória e a um baixo índice de qualidade de vida, já que provoca frequência irregular ao tratamento odontológico, ou mesmo sua interrupção. O paciente só busca o atendimento quando apresenta sintomatologia clínica. A regressão do medo é imprescindível para que o paciente se sinta mais motivado a retornar as consultas e manter os cuidados contínuos com a saúde bucal (BOTTAN *et al.*, 2015; DE PAULA *et al.*, 2017; GÓES *et al.*, 2010).

A vivência clínica me permite afirmar o quanto é importante não só o conhecimento técnico-científico, suporte tecnológico e habilidade profissional, mas também a avaliação do componente emocional do indivíduo assistido pelo cirurgião-dentista. O conhecimento e atenção mínima que seja às emoções relatadas ou vivenciadas pelo paciente durante o tratamento odontológico se tornou um diferencial clínico relevante em minha prática. Para promover um atendimento mais seguro e tranquilo é importante que o cirurgião-dentista compreenda o psiquismo dos pacientes, adquirindo conhecimento sobre os fatores que impulsionam o medo do tratamento e o quanto este sentimento pode afetar a saúde bucal, a realização dos procedimentos clínicos, a relação profissional/paciente e a vida dos indivíduos.

1.3 SITUAÇÃO-PROBLEMA E HIPÓTESE

Quando presente no tratamento odontológico, o medo atua como fator complicador, é agente de situações de tensão e desconforto, diminui a cooperação dos assistidos, dificulta ou impede a realização de procedimentos pelo cirurgião-dentista, estremece as relações do paciente com o profissional, originando episódios de dor e agravando o estado da saúde bucal, consequentemente prejudicando a saúde geral e qualidade de vida dos indivíduos. No tratamento de vários pacientes que buscam a prestação de serviços nas clínicas odontológicas da UNIVALE, evidencia-se os transtornos causados pelo medo durante o atendimento. Presenciar essas intercorrências, nos mostrou que o medo caracteriza um obstáculo para a realização do tratamento dentário e nos impulsionou ao estudo do entendimento dessa emoção e da dimensão de seus danos na vida dos indivíduos fóbicos.

Para vencer esse obstáculo, e promover um atendimento mais harmonioso e qualidade de vida, o profissional necessita refletir e adquirir conhecimento sobre como se dá a influência do medo sobre o comportamento do paciente perante ao tratamento odontológico, quais as manifestações mais evidentes, o que faz um paciente ter mais ou nenhum medo. Além do espaço da consulta ao cirurgião-dentista, esta emoção perturba os indivíduos? Vivendo o ser humano de forma sociável, em que extensão os danos causados pelo medo do tratamento odontológico podem atingir seu dia a dia na sociedade? Estas indagações merecem uma discussão como forma de aprofundar nas bases teóricas da emoção medo, analisar suas subjetividades, e compreender seu alcance na vida dos indivíduos além dos espaços odontológicos de ação.

Neste contexto, o problema central sinalizado neste projeto de tese se vincula a investigar a influência do medo do tratamento odontológico na condição de saúde bucal e nas vivências dos indivíduos, buscando responder a seguinte pergunta: Em que medida o medo do tratamento odontológico influencia uma saúde bucal insatisfatória e interfere na vida dos indivíduos?

Esta pergunta se articula com a seguinte hipótese: o medo do tratamento odontológico, mesmo com toda evolução tecnológica e científica da Odontologia, se perpetuou ao longo dos anos por diversas gerações da população, sustentado pela figura do cirurgião-dentista relacionada ao sofrimento e a dor, criando um ciclo de fuga, adiamento, e resistência ao tratamento odontológico. Como resultado nos deparamos com uma saúde bucal e geral insatisfatória do paciente assistido, o que gera, fragilidade, vergonha, e baixa autoestima, sentimentos que trariam interferência negativa e instabilidade para a vida familiar, social, afetiva e de trabalho em que o indivíduo estivesse inserido.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Geral

- Compreender a influência do medo do tratamento odontológico na condição de saúde bucal insatisfatória e nas vivências dos indivíduos.

1.4.2 Específicos

1.4.2.1 Contextualizar historicamente a Odontologia e a figura do cirurgião-dentista no mundo e no Brasil;

1.4.2.2 Identificar quais fatores do ambiente clínico odontológico proporcionam medo nos indivíduos;

1.4.2.3 Verificar o quanto o conhecimento do paciente sobre o tratamento odontológico influencia na busca pela intervenção clínica.

1.5 JUSTIFICATIVA

O cirurgião-dentista deve praticar um modelo de atendimento voltado para atenção integral à saúde, considerando as necessidades da comunidade assistida de acordo com o seu perfil socioepidemiológico. O ideal é uma assistência odontológica mais acolhedora, saudável, eficiente e eficaz, respeitando de forma democrática a dignidade dos indivíduos e dos grupos, em seu contexto histórico, social e cultural, e que possa promover saúde geral por meio da saúde bucal, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida na sociedade (OLIVEIRA; MARINS, 2020).

É de especial importância o estudo da parte emocional dos pacientes odontológicos, em uma época marcada por avanços tecnológicos. O paciente nos dias de hoje, diferente do passado, é muito bem informado, conhece seus direitos, exigindo do profissional não só uma formação técnica-científica, mas também conhecimentos ao nível psicossocial e da personalidade, considerando que o ser humano não é só uma região terapêutica, mas um ser completo que tem de ser visto como um todo, e que indivíduos apresentam formação sociocultural e aprendizados diferentes.

Os estudos de Morais (2003); Moura *et al.* (2015) reforçam esta premissa, e indicam que ter consciência da necessidade do entendimento das emoções, auxilia o cirurgião-dentista a lidar com vários tipos de pacientes e seus distintos comportamentos. O conhecimento da Psicologia e /ou Psicopatologia irá subsidiar ações do profissional que facilitarão o atendimento clínico, e a melhoria do relacionamento com o paciente.

A prática dos procedimentos odontológicos é um cenário de desconforto e nervosismo para muitas pessoas. Uma parcela da população, em torno de 20% a 73,4 % dos pacientes

adultos relata receio em ir ao cirurgião-dentista, pois passaram por pelo menos um episódio de dor, o que faz o medo estar presente na rotina do tratamento odontológico (COSTA *et al.*, 2012). A atenção à saúde bucal de pessoas temerosas representa um grande desafio para os cirurgiões-dentistas, e se constitui numa constante preocupação das pesquisas sobre as condições relacionadas a este comportamento, em diferentes contextos socioculturais (OLIVEIRA; ARAÚJO e BOTTAN, 2015).

A maioria dos estudos sobre a influência do medo no tratamento odontológico, geralmente são revisões bibliográficas (BATISTA *et al.*, 2018; CUNHA, 2019; FERREIRA, 2016; PERONIO; SILVA; DIAS, 2019); ou avaliações dos níveis de medo por meio de escalas padronizadas e suas relações com a saúde bucal e os fatores sociodemográficos (BOTTAN *et al.*, 2015; BUSATO *et al.*, 2017; FRANCISCO *et al.*, 2019). Alguns estudos relacionam medo ao tratamento com o impacto na qualidade de vida dos pacientes, utilizando as variáveis dor, incapacidades física, psicológica e social (KUMAR *et al.*, 2009; QUEIROZ *et al.*, 2019).

Mesmo sendo reconhecida a importância dos aspectos sociais, econômicos e psicológicos para determinação da doença, a Odontologia continua utilizando, quase que exclusivamente de índices biológicos na avaliação, e determinação das necessidades de tratamento. Uma das limitações dos índices biológicos é o fato de não levar em conta a percepção subjetiva do indivíduo e não avaliarem o modo como a saúde bucal afeta sua vida diária. O uso de indicadores sociodentais, baseados na autopercepção e na avaliação das emoções envolvidas, permite mudar o planejamento dos serviços odontológicos com caráter estritamente biológico para ênfase nos aspectos psicológicos e sociais (QUEIROZ *et al.*, 2019).

Observamos na literatura uma lacuna de estudos qualitativos que relacionam a interferência do medo do tratamento odontológico na saúde bucal e nas vivências dos indivíduos. A abordagem de questões pouco ou mesmo não exploradas na literatura, como a compreensão de uma saúde bucal insatisfatória, como consequência do medo do tratamento, e a interferência dessa emoção na vida familiar, social, afetiva e de trabalho, justifica este estudo, não só por contribuir com a ocupação de um espaço na ciência, mas principalmente pelo uso de determinantes específicos que contribuirão para a compreensão do alcance do medo no comportamento durante o atendimento e nas vivências dos pacientes odontológicos.

Academicamente, a perspectiva interdisciplinar deste estudo com a reunião da Odontologia com a Psicologia, a Sociologia e a História, e a Saúde Coletiva permite a análise temática com a combinação e interação de diferentes saberes, o que de forma essencial, amplia os limites de entendimento da parte emocional dos indivíduos por meio de aspectos psicopatológicos, históricos e socioculturais, fatores importantes para a produção de um atendimento mais acolhedor do paciente como um todo, condição requerida na Odontologia contemporânea.

Diante da relevância do medo do tratamento odontológico como fator impactante na saúde bucal e na vida dos indivíduos, e não existindo estudos desses determinantes em relação aos usuários das clínicas de Odontologia da UNIVALE, justifica-se esta investigação. O conhecimento da influência desse sentimento, do perfil psicossocial dos pacientes, a caracterização sociodemográfica, e a pesquisa histórica da evolução do medo em relação ao atendimento, reforçam o caráter interdisciplinar deste estudo.

A compreensão do comportamento das pessoas que buscam o atendimento odontológico na UNIVALE é relevante para aumentar o vínculo desta população com a instituição, e consolidar sua vocação de prestadora de serviços. Este conhecimento é importante para a formação mais humanizada dos discentes do curso de Odontologia da UNIVALE, para implementação de estratégias de abordagem de pacientes temerosos e arredios ao tratamento odontológico, e estabelecimento de um diagnóstico holístico e um tratamento multidisciplinar que contemple ações integrativas que possam amenizar o sofrimento físico e emocional do indivíduo durante os procedimentos odontológicos e em suas vivências pessoais.

1.6 METODOLOGIA

1.6.1 ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO

Tratou-se de um modelo de estudo descritivo do tipo transversal, mediante levantamento de dados primários. Segundo Gil (2018) o objetivo principal das pesquisas descritivas é a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

O modelo de estudo do tipo transversal é apropriado para descrever características das

populações no que diz respeito a determinadas variáveis e aos seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação em um determinado momento (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Foi adotado neste estudo uma abordagem qualitativa. Na pesquisa qualitativa, os pesquisadores estudam os acontecimentos dentro de seus contextos naturais, buscando compreender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhes atribuem (CRESWELL, 2014). A pesquisa qualitativa busca compreender a realidade que os números (pesquisa quantitativa) indicam, mas não revelam (TAQUETE, 2016).

Na investigação qualitativa foi utilizada uma abordagem fenomenológica, pois esta possui preocupação central com a descrição da realidade, da vivência. Para Yildirim; Correia (2015) a Fenomenologia compreende a exploração de um fenômeno por meio de descrições narrativas dos indivíduos sobre sua própria experiência de vida pertencente a esse fenômeno específico.

Um estudo fenomenológico relata o sentido comum para vários indivíduos das suas experiências vividas de um conceito ou um fenômeno. Essa vivência humana pode ser um fenômeno como a insônia, o sentimento de exclusão, a raiva, a tristeza, ou submeter-se uma cirurgia de revascularização do miocárdio. O básico da Fenomenologia é simplificar as experiências individuais com um fenômeno a uma narrativa da essência universal (CRESWELL, 2014).

1.6.2 UNIVERSO E LOCAL DO ESTUDO

O universo da pesquisa foi constituído por indivíduos atendidos nas clínicas escola do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), localizada no município de Governador Valadares, Minas Gerais. Esse é um município brasileiro, situado na região Sudeste, no leste do Estado de Minas Gerais, pertencente à microrregião de mesmo nome e à mesorregião do Vale do Rio Doce. De acordo com suas características demográficas ocupa uma área de 2.342,32 km². Localiza-se à 323 Km de distância da capital do Estado, Belo Horizonte. Sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2018 (IBGE, 2018) era de 290.901 habitantes, sendo considerado o nono município mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião.

A UNIVALE, mantida pela Fundação Percival Farquhar (FPF) funciona em dois *campi* universitários, ambos no município de Governador Valadares. Tem como princípio básico a participação no desenvolvimento político, cultural, socioeconômico e tecnológico, com ênfase na atuação na Bacia Hidrográfica do Rio Doce, por intermédio da formação superior de qualidade, da pesquisa e da inserção social e comunitária (PPC, 2019).

O curso de Bacharelado em Odontologia da UNIVALE faz parte do Núcleo da Saúde, funcionando de forma presencial, na modalidade integral e compreendendo 8 semestres o tempo de integralização. Implantado em 1975, desde então até os dias atuais, oferece atenção odontológica à comunidade local de Governador Valadares e seu entorno. A estrutura física abrange 06 clínicas de Graduação, 01 clínica de Pós-Graduação (Especialização), e um Polo Integrado de Assistência Odontológica ao Paciente Especial (PAOPE). Todas estas unidades realizam atendimento gratuito à população por livre demanda regional, de segunda-feira à sexta-feira nos turnos matutino e vespertino.

Anualmente, são atendidas aproximadamente 11.000 pessoas, resultando em média 60.000 procedimentos realizados. As clínicas escola tem finalidade acadêmica, de pesquisa e extensão, nas diversas especialidades da Odontologia: Dentística, Cirurgia, Estomatologia, Endodontia, Odontopediatria, Ortodontia Periodontia, Prótese e Pacientes Especiais. Sob supervisão de docentes, são realizados pelos discentes, procedimentos de promoção, manutenção, prevenção, proteção e recuperação da saúde da população assistida. Os atendimentos acontecem na forma de urgência (alívio de dor, necessidade referida pelo usuário) ou na forma regular (ações educativas, preventivas, restauradoras).

1.6.3 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi submetido para avaliação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVALE/FPF e foi aprovado sob número CAAE 52889321.9.0000.5157 e parecer 5.123.378 (ANEXO A); o que garantiu a pesquisa estar em consonância com as normas éticas preconizadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde- CNS (BRASIL, 2013), que regulamenta a pesquisa com seres humanos, garantindo ao entrevistado o anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa. Considerou-se também a Resolução Nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde-Ciências

Humanas e Sociais. Ressaltamos que todos os participantes (entrevistados) da pesquisa assinaram, e rubricaram as páginas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/ TCLE (APÊNDICE A). O TCLE também foi assinado e rubricado pelo autor deste estudo, doravante denominado, pesquisador principal.

Os dados coletados ficarão armazenados por um período de cinco anos no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), bloco PVA, sala 10, campus II da UNIVALE. Após esse período o material físico (documentos impressos) será incinerado. O material registrado em Banco de Dados eletrônico (tabelas, relatórios armazenados em diretórios de computador) será deletado de forma definitiva, assim como as gravações sonoras das entrevistas dos participantes serão apagadas permanentemente. Salientamos que esse Banco de Dados será guardado por senha, onde somente o pesquisador principal terá acesso.

Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos de caráter científico e/ou escritos na forma de artigo em revistas especializadas e em Tese de Doutorado. Serão mostrados apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar o nome de qualquer participante da pesquisa, ou qualquer informação relacionada à sua identificação e privacidade. Os resultados desta pesquisa foram descritos em um relatório, e este será disponibilizado para todos os participantes do estudo. Este relatório está arquivado no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), bloco PVA, sala 10, campus II da UNIVALE.

1.6.4 AMOSTRA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

O estudo foi realizado em três etapas investigativas consecutivas. Todas as etapas da pesquisa foram realizadas após aprovação do projeto pelo CEP. Inicialmente, na primeira etapa da pesquisa, a amostra foi constituída por indivíduos na faixa etária entre 18 a 59 anos, do gênero masculino e gênero feminino, que sabiam ler e escrever, em tratamento odontológico regular nas clínicas da disciplina de Endodontia (cursada por alunos do 5º e 6º períodos), no mês de dezembro de 2021. Nessas clínicas, no atendimento de urgência é realizado somente o alívio de dor e regularmente, de forma eletiva, são realizados tratamentos endodônticos convencionais em dentes unirradiculares (incisivos e caninos), birradiculares (pré-molares), trirradiculares (molares).

O tratamento endodôntico (tratamento de canal) compreende a limpeza, desinfecção, moldagem e obturação do canal radicular, visando o reparo tecidual. Sua indicação está relacionada aos casos de traumas, fraturas dentárias, razões protéticas, ou geralmente em casos de cáries profundas e extensas que atingiram a polpa dentária, ou seja, configura uma intervenção em estados avançados de destruição, de risco para uma saúde bucal insatisfatória. Este tratamento representa a última instância para manutenção do elemento dental e evitar sua perda por extração.

O atendimento odontológico realizado nas clínicas da disciplina de Endodontia ocorre em duplas, ou seja, cada paciente é atendido por um aluno operador e outro auxiliar, configurando o atendimento a quatro mãos, e cada turma é dividida em dois grupos de clínica, Grupo 1 (G1) e Grupo 2 (G2) com média de 16 alunos. No mês de dezembro de 2021 foram atendidos 48 indivíduos nas clínicas de Endodontia. A amostra da primeira etapa da pesquisa foi definida por meio de uma lista fornecida pela Secretaria de Pacientes do curso de Odontologia (Setor responsável pelo cadastramento dos pacientes das clínicas odontológicas) onde estava discriminada uma relação dos pacientes do gênero masculino e do gênero feminino em tratamento regular nas clínicas de Endodontia, com idade de 18 a 59 anos, e que sabiam ler e escrever. Dos 48 pacientes atendidos na clínica, 04 fizeram parte do projeto piloto e não fizeram parte da amostra principal. Entre os 44 pacientes restantes, 02 se recusaram a participar da pesquisa, 02 não atenderam ao critério de inclusão, assim, a amostra foi constituída por 40 indivíduos (11 homens cis e 29 mulheres cis).

Na segunda e na terceira etapas da pesquisa, a partir da amostra inicial foi constituída uma amostra não-probabilística intencional. A composição da amostra intencional visa responder à principal questão da investigação, pois a cada entrevistado caberá uma visão sobre o tema.

Esta amostra foi constituída por 11 participantes (01 homem cis e 10 mulheres cis) da primeira etapa, que relataram ser o medo pelo menos um dos motivos para não buscar um tratamento odontológico precoce, antes da necessidade do tratamento endodôntico.

A definição do número de entrevistados na amostra intencional baseou-se na recomendação de Creswell (2014) de que na pesquisa fenomenológica, os pesquisadores entrevistem de 5 a 25 indivíduos que vivenciaram o fenômeno e também no relato de Atran;

Medin; Ross (2005), com a indicação de que em uma pesquisa qualitativa, se faça as entrevistas com no mínimo 10 informantes.

Foram excluídos da pesquisa os indivíduos com idade inferior a 18 anos e superior a 59 anos; em tratamento de urgência; que não sabiam ler e escrever e os que recusaram a participar.

1.6.5 ESTUDO PILOTO

Com o objetivo de verificar o método do trabalho, a forma de aplicação dos instrumentos propostos na pesquisa e o tempo gasto nessas etapas, realizamos um estudo piloto com 04 indivíduos (dois homens cis e duas mulheres cis) em tratamento nas clínicas de Endodontia do Curso de Odontologia da UNIVALE, observando todos os critérios de inclusão e exclusão. Posteriormente, os dados obtidos nesse estudo não foram considerados para o estudo principal.

Segundo Bailer; Tomitch; D'Ely (2011), a relevância de se realizar um estudo piloto está na possibilidade de testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos da pesquisa. Para a sua execução, a quantidade de participantes não necessita ser superior a 10% da amostra almejada.

1.6.6 ETAPAS DA COLETA DE DADOS

Para a efetivação da coleta dos dados, foi realizada, inicialmente, uma reunião com a Coordenação do curso de Odontologia detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada. Na oportunidade, foi solicitada autorização para realização da pesquisa nas clínicas da disciplina de Endodontia (APÊNDICE B).

Após autorização da Coordenação do curso, nos reunimos com a equipe de professores da disciplina de Endodontia informando os objetivos da pesquisa, a metodologia que seria utilizada em seu desenvolvimento e a agenda da coleta de dados. Informamos também que a realização da coleta dos dados não teria interferência no funcionamento das atividades acadêmicas programadas pela disciplina.

A coleta de dados foi executada em três etapas: na primeira – no início do tratamento odontológico: entrevista para identificação do indivíduo que apresenta medo do tratamento;

na segunda - durante o tratamento odontológico: entrevista relacionada ao motivo do medo do tratamento odontológico; na terceira – após término do tratamento: entrevista objetivando conhecer se as atitudes do cirurgião-dentista contribuiriam para diminuir o medo do tratamento.

Primeira etapa – Identificação do indivíduo com medo do tratamento odontológico

Antes de iniciar o atendimento clínico, nos reunimos com os indivíduos relacionados na lista fornecida pela Secretaria de Pacientes, que atendiam ao critério de inclusão e que estavam presentes para o atendimento odontológico, convidando-os para participação no estudo. Nesta etapa foram entrevistados 40 indivíduos (11 homens e 29 mulheres). Todas as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador principal. Para que os entrevistados se sentissem à vontade para relatar suas impressões, a fim de romper ou diminuir resistências, inicialmente foi realizado um “*rapport*” (processo de aproximação cordial entre o pesquisador e o entrevistado, objetivando facilitar o diálogo durante a coleta de dados). Pinheiro (2007) ressaltou que esse recurso é uma técnica influente nas relações humanas e importante meio de comunicação. Permite gerar pontos comuns entre duas ou mais pessoas, possibilitando um vínculo de confiança e respeito.

Os indivíduos foram convidados a responder um instrumento autoaplicável para coleta dos dados, onde foram obtidas informações em relação ao medo do tratamento odontológico e sua caracterização sociodemográfica. As questões fizeram parte de um formulário dividido em dois campos (APÊNDICE C). No primeiro campo foram registradas as informações sociodemográficas. As variáveis incluídas foram: número de identificação, gênero, idade, etnia, escolaridade, profissão, estado civil, e renda familiar. No campo dois, o entrevistado identificou a razão pela qual não buscou o tratamento odontológico antes da necessidade de se iniciar o tratamento endodôntico. Este formulário foi respondido individualmente, e para seu preenchimento o pesquisador forneceu uma caneta para cada participante.

Para a coleta de dados, todos os indivíduos foram encaminhados para uma sala localizada próxima a clínica odontológica na UNIVALE, que apresentava boa iluminação, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio, procurando assegurar a privacidade dos entrevistados.

Em virtude da condição peculiar vivenciada mundialmente em razão da pandemia da COVID-19, nesta etapa e nas seguintes foram adotados os hábitos de higiene e proteção com a utilização de máscara, higienização das mãos com álcool em gel 70% e aferição da temperatura corporal. Foi mantida uma distância mínima de um metro e meio entre os entrevistados, e entre os entrevistados e o entrevistador, evitando contato corporal. Foi adotado um comportamento amigável, mas sem contato físico

Nesta etapa explicamos aos participantes os objetivos da pesquisa e os procedimentos do estudo, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não identificação. Esclarecemos que a participação na pesquisa seria de caráter voluntário, e que o participante não receberia nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Reforçamos que não haveria nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, no entanto caso o entrevistado tivesse qualquer despesa comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, seria ressarcido. O ressarcimento poderia acontecer nas seguintes formas: dinheiro, depósito em conta corrente, pix ou cheque. Caso ocorresse algum dano comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, o entrevistado será compensado/indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Ainda informamos ao entrevistado sobre o direito de não participar da pesquisa, caso não concordasse ou o direito de interromper e retirar seu consentimento quando desejável, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo para seu atendimento odontológico realizado na UNIVALE.

Cada participante recebeu duas vias do TCLE, e detalhamos o conteúdo deste documento. Ao entrevistado foi assegurado o recebimento de uma via do TCLE e foi recomendado que esta fosse guardada cuidadosamente, por ser um documento com informações de contato e garantia dos seus direitos como participante da pesquisa.

Durante a entrevista foi mantido um caráter informal, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado. Explicamos aos participantes os possíveis riscos ou desconfortos como constrangimento ao tentar esclarecer dúvidas sobre o preenchimento do formulário ou falta de entendimento das perguntas, ou ao expressar o desejo de não participar da pesquisa. Salientamos que também poderia ocorrer desconforto por ser perguntado sobre assuntos que poderiam gerar estresse ou insegurança quanto a resposta ideal a ser respondida, ou não saber responder alguma das perguntas feitas no

formulário, conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido, ser identificado como participante da pesquisa ou fornecedor de informações. Foi assegurado que não existia resposta certa ou errada, e que as informações coletadas só seriam utilizadas para fins de pesquisa científica.

No intuito de dizimar dúvidas, evitar situação de desconforto, constrangimento e trazer tranquilidade para os participantes, nesta etapa foi explicado o conteúdo do formulário que deveria ser preenchido pelos participantes de forma detalhada, com clareza e simplicidade. Foi utilizado um tom de voz suave, mas que podia ser alcançado por todos os presentes no ambiente coletivo e que trazia entendimento do conteúdo apresentado. Foi explicado também que para garantir o anonimato do participante, o formulário somente seria identificado pelo número da entrevista e pelo gênero do participante, e que seria manipulado somente pelo pesquisado principal e, sendo resguardado de forma segura no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), bloco PVA, sala 10, campus II da UNIVALE, em um armário de aço com chave. Foi ressaltado também, que em momento algum da pesquisa, ou mesmo após seu resultado, seria divulgado o nome ou qualquer indício que identificasse o participante.

Durante o preenchimento do formulário, enquanto entrevistador, ficamos à disposição para tirar dúvidas a todo momento que o participante achasse necessário, e caso este não soubesse ou não quisesse responder alguma pergunta, poderia passar para a pergunta seguinte sem problema algum. Além dessas providências, caso o participante da pesquisa no decorrer da entrevista se sentisse desconfortável, esta seria interrompida, a fim de não se estabelecer uma situação de constrangimento e intimidação. De acordo com a vontade do entrevistado, a entrevista poderia ser reiniciada, remarcada ou cancelada de forma definitiva.

Os participantes foram informados que a pesquisa não terminaria nesta etapa e que ainda aconteceriam mais duas etapas, a segunda durante o tratamento endodôntico e a terceira após o tratamento concluído. Foi explicado que nem todos participariam nas próximas etapas. O participante selecionado para as etapas seguintes, no dia de sua consulta de retorno para continuidade do tratamento endodôntico, foi convidado pelo pesquisador principal para uma nova entrevista.

Segunda etapa – Entrevista sobre o motivo do medo do tratamento odontológico

Nesta etapa participaram da entrevista, somente os indivíduos que na etapa anterior e que no formulário preenchido relataram ser o medo pelo menos um dos motivos para não buscar tratamento odontológico, antes da necessidade do tratamento endodôntico. A entrevista foi realizada com 11 participantes, sendo 01 homem e 10 mulheres.

Para a coleta de dados, em um dia agendado para continuidade do tratamento endodôntico, antes do atendimento clínico, o participante que aceitou continuar nas etapas seguintes da pesquisa foi encaminhado individualmente para uma sala próxima a clínica odontológica na UNIVALE, acompanhado do pesquisador principal. Foi proporcionado um ambiente reservado, tranquilo e confortável, evitando causar medo ou stress, mantendo a privacidade do entrevistado e sigilo das informações.

Nesta etapa os entrevistados selecionados responderam a uma entrevista temática semiestruturada com questões relacionadas ao motivo do medo do tratamento odontológico, o quanto o medo do tratamento seria responsável pela sua saúde bucal insatisfatória, e se este medo trouxe outras consequências para a sua vida. Gil (2018) considerou a entrevista como um diálogo assimétrico em que uma das partes busca extrair informações da(s) outra(s), compreendida (as) como fontes de pesquisa. Todas as entrevistas foram realizadas pelo pesquisador principal e guiadas por um roteiro preestabelecido (APÊNDICE D) para garantir que todos os entrevistados respondessem as mesmas perguntas.

Durante as entrevistas foi adotado um caráter informal, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado. Foi explicado aos participantes os possíveis riscos ou desconfortos como tristeza e constrangimento ao terem que relatar sobre as experiências vividas em relação ao tratamento odontológico ou com o cirurgião-dentista, desconforto por ser perguntado sobre assuntos que possam gerar estresse ou insegurança quanto a resposta ideal a ser respondida, ou não saber responder alguma das perguntas feitas pelo entrevistador, conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido, ser identificado como participante da pesquisa ou fornecedor de informações. Porém foi assegurado aos entrevistados que não existia resposta certa ou errada, e que as informações coletadas só seriam utilizadas para fins de pesquisa científica.

No intuito de evitar situação de desconforto e constrangimento para os entrevistados,

acompanhamos as entrevistas sempre à disposição para tirar dúvidas a todo momento que o participante achasse necessário, e caso este não soubesse ou não quisesse responder alguma pergunta, poderia passar para a pergunta seguinte sem problema algum. Além dessas providências, caso o participante da pesquisa no decorrer da entrevista sentisse-se desconfortável, triste ou emotivo, a entrevista seria interrompida a qualquer momento, a fim de não se estabelecer uma situação de constrangimento e intimidação. De acordo com a vontade do entrevistado, a entrevista poderia ser retomada, remarcada ou definitivamente interrompida se ele explicitasse o desejo de não continuar o processo.

Para se obter uma fidelidade quanto à fala do entrevistado e viabilizar o retorno ao material sempre que se fizesse necessário, o registro das informações coletadas nas entrevistas foi realizado com o auxílio de um aplicativo de gravador de voz digital instalado em um tablet, após solicitação e obtido consentimento do participante. A seguir foi feita a transcrição imediata dessas entrevistas pelo pesquisador principal. Ao se fazer a transcrição das entrevistas, os textos produzidos não passaram por uma correção linguística para preservação do caráter espontâneo das falas.

Creswell (2014) ressaltou que na análise fenomenológica dos dados, o analista examina as transcrições das entrevistas e destacam as afirmações significativas, ou citações que permitem uma compreensão de como os participantes vivenciaram o fenômeno. O pesquisador produz grupos de significados para as citações e redige uma descrição do que os entrevistados experimentaram.

Para preservação da identidade dos entrevistados, as falas foram identificadas pelo gênero do participante e pelo número correspondente da entrevista. Além desse cuidado, também foram omitidos trechos da entrevista que pudessem facilitar a identificação do participante. Foi também informado ao participante que o material coletado nesta entrevista de forma escrita ou por meio de gravação sonora seria manipulado somente pelo pesquisador principal, sendo resguardado de forma segura no Núcleo de pesquisa SAIS na UNIVALE. Salientamos que em momento algum do estudo ou após seu resultado seria divulgado o nome ou qualquer indício que identificasse o participante.

Terceira etapa – Entrevista sobre as atitudes do cirurgião-dentista para diminuir o medo do tratamento odontológico

A coleta de dados, foi realizada com os 11 entrevistados da segunda etapa, após o término do tratamento endodôntico. Dessa forma, utilizamos uma entrevista temática semiestruturada (APÊNDICE E) com questões que investigaram se o conhecimento prévio do tratamento pelo paciente e a conduta clínica do cirurgião-dentista contribuiriam para diminuir o medo do tratamento odontológico.

Nesta etapa seguimos todos os passos utilizados na metodologia aplicada na segunda etapa em relação ao ambiente e abordagem do participante.

1.6.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sociodemográficos e a identificação da razão pela qual o entrevistado não buscou o tratamento odontológico antes da necessidade de se iniciar o tratamento endodôntico foram tabulados pelo pesquisador principal em planilha do programa *Microsoft Office Excel*. Os dados qualitativos coletados nas transcrições das entrevistas foram analisados pela técnica da Análise do Conteúdo de Bardin (2016), que é um procedimento ordenado de análise de mensagens, que visa o relato do conteúdo e inferências de conhecimento sobre a produção e recepção dessas mensagens.

Conceitualmente, a Análise de Conteúdo refere-se a uma técnica das Ciências Humanas e Sociais apropriada à investigação de fenômenos simbólicos por meio de várias técnicas de pesquisa, ocupando-se basicamente com a análise de mensagens. É a mais usual abordagem analítica de dados em investigação com métodos qualitativos (GONÇALVES, 2016).

A Análise de Conteúdo conforme as diretrizes de Bardin (2016) é realizada seguindo as etapas: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos resultados. Nesta análise, os dados brutos (textos provenientes das transcrições das falas dos entrevistados) passam por um processo de recorte, enumeração e classificação, sendo assim construídas as categorias a serem discutidas.

Com os dados transcritos, realiza-se a leitura flutuante (exploração do material). Em

seguida, passa-se a seleção de índices ou categorias, que despontarão das questões norteadoras ou das hipóteses, e a organização destes em indicadores ou temas. Os temas que se repetem com muita frequência são recortados “do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados” (BARDIN, 2016).

Assim, após a transcrição das falas dos 11 entrevistados, antes e depois do tratamento odontológico realizado, foi feita uma leitura flutuante de cada texto produzido, onde foram escolhidas as expressões mais significativas em relação as consequências do medo para a saúde bucal do indivíduo e para sua vida e o papel do cirurgião-dentista na condução dessas emoções. Desta forma, após o tratamento inicial, foi utilizado o tema como unidade de registro, sendo o tema uma unidade de significação que emerge de forma natural de um texto analisado. A partir dessa etapa se definiu as categorias de análise, que representam as percepções dos entrevistados sobre as questões da pesquisa. Foi feito então o tratamento dos resultados, a inferência (deduzir o significado) e interpretação.

As informações contidas nas entrevistas (as falas dos entrevistados) foram agrupadas em categorias temáticas (registro em categorias comuns) de acordo com os dados obtidos, e as citações dos entrevistados foram analisadas conforme cada tema. Em seguida foi produzido um texto relatando as interpretações das experiências vivenciadas pelos participantes da entrevista, com uma descrição das experiências que todos os indivíduos apresentaram em comum (a essência da experiência).

1.7 PLANO DE TESE

A tese foi estruturada em uma Introdução e mais 3 capítulos contextualizando a temática proposta, mais as Considerações Finais. A Introdução consta de uma exposição geral das bases preliminares da Tese. Consta da apresentação de minha formação e trajetória para escolha do tema, uma exibição compacta do tema, problema e hipótese, justificativa da pesquisa e o plano de Tese.

O primeiro capítulo, denominado A história da Odontologia e a imagem do cirurgião-dentista, possibilitou o conhecimento da origem e desenvolvimento da Odontologia pelo mundo e no Brasil, como também seus reflexos na sociedade ao longo da história. Este

capítulo foi dividido em três seções: a primeira intitulada A linha do tempo: Da Pré-História à Idade Contemporânea, a segunda, A Odontologia no Brasil e a terceira A figura do cirurgião-dentista no imaginário popular. Na primeira seção por meio de uma linha do tempo, abordamos a origem e a evolução da Odontologia no mundo. Foram relatados os indícios da Odontologia na pré-história, passando pela Antiguidade com registro dos egípcios, gregos e romanos. Na idade média foram destacadas as ações dos monges católicos, dos sangradores, dos barbeiros e dos “tiradentes” na execução de extrações dentárias e intervenções em praças públicas. Na Idade Moderna foi descrito o surgimento de novos instrumentos, e o início da fase científica da Odontologia. Já na Idade contemporânea foram salientados os avanços tecnológicos e científicos na Odontologia.

Na seção da História da Odontologia no Brasil foram relatados os fatos desde o descobrimento do país, identificando a relação dos indígenas que aqui habitavam com a arte dentária. No período colonial, sob o domínio de Portugal foram descritas a fase dos barbeiros, sangradores e mesmo escravos que executavam extrações dentárias, a criação da primeira Escola de Odontologia do Brasil, a regulamentação da profissão. Contempla uma reflexão em relação ao mercado odontológico no Brasil e aos avanços tecnológicos, e ao modelo hegemônico predominante, onde uma grande parte da população não tem acesso ainda ao tratamento odontológico. Como fechamento, aponta a responsabilidade do cirurgião-dentista para reversão deste quadro, a necessidade de implantação de políticas públicas transformadoras e eficazes e o grande desafio da Odontologia no século XXI, de conciliar os avanços científicos e tecnológicos com a promoção de saúde e qualidade de vida para maior número de brasileiros.

Na terceira seção deste capítulo, intitulado A figura do cirurgião-dentista no imaginário popular, buscamos estudar o estereótipo do profissional que causa dor e sofrimento, perpetuado por várias gerações. Mesmo com o avanço científico, a humanização e conforto técnico presentes nos consultórios modernos, esta seção evidencia, o quanto as artes plásticas, a música, a literatura, o cinema, a televisão, a Web, e diversos veículos de mídias impressas ou visuais ainda insistem em apresentar o cirurgião-dentista e o tratamento dentário de forma negativa.

O segundo capítulo, intitulado O medo e a Odontologia contempla uma primeira seção sobre o entendimento da emoção medo. Foram descritos os conceitos, etiologia,

características, sinais e sintomas, suas consequências e os medos mais comuns. Este estudo foi guiado pelos trabalhos de Bauman (2008); Barlow (2002); Chacon (2016); Figueiredo; Pia; Pereira (2018); Giddens (2002); Leahy (2011); Rankin (2016); Wesiack (2002), entre outros autores. Ainda fazem parte deste capítulo uma revisão da literatura sobre as implicações do medo na Odontologia e avaliação de suas influências em relação ao tratamento odontológico. Os estudos de Batista *et al.* (2018); Oliveira; Araújo; Bottan (2015); Penteado (2017); Queiroz *et al.* (2019); Silva (2012) fazem parte do referencial teórico desta seção.

No terceiro capítulo, Resultados e Discussão apresentamos os dados sociodemográficos que descreveram o grupo estudado, os achados principais da investigação qualitativa que são diretamente relacionados aos objetivos da Tese. Complementando, são expostos os achados secundários relevantes. Foi realizada uma interpretação e análise crítica dos resultados obtidos na pesquisa, buscando estabelecer uma ligação com a Introdução e o Referencial Teórico e responder à hipótese e aos objetivos que nortearam o estudo.

Nas Considerações Finais foram expressas as conclusões da tese, respondendo as questões da pesquisa (do problema proposto) em conformidade com os objetivos, e apresentando as exposições sobre os dados analisados. Também foram descritas as implicações dos resultados e as limitações do trabalho e possíveis contribuições para o avanço do campo pesquisado.

2 A HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA E A IMAGEM DO CIRURGIÃO-DENTISTA

2.1 A LINHA DO TEMPO: DA PRÉ-HISTÓRIA À IDADE CONTEMPORÂNEA

2.1.1 Pré-História (2,5 milhões até 4000 a.C.)

A Odontologia teve sua origem na necessidade do ser humano em lidar com a dor e perda dentária. Denominada em seus primórdios como “arte dentária”, a Odontologia surgiu na pré-história e evoluiu através dos tempos até se consolidar como uma Ciência da Saúde. O conhecimento de fatos da trajetória da Odontologia desde o início da humanidade até a contemporaneidade, é relevante para entender sua evolução (DONATELLI, 2016).

Quando se investiga as origens da Odontologia, não encontramos a linguagem direta e efetiva de antigos textos remontando os longínquos séculos; por dedução, quem nos fala são as pedras, as inscrições gravadas, que foram despertadas pelas escavações arqueológicas (DIB, 2017).

No período paleolítico ou idade da pedra lascada, período pré-agrícola que começou 2,5 milhões de anos e durou até 10.000 a.C., não era comum a perda de dentes. A maioria dos fósseis de seres humanos primitivos não apresenta cavidade nos dentes. Espantosamente, neste período da pré-história humana, nossos ancestrais mantiveram uma boa saúde bucal, embora apenas usassem na limpeza dos dentes, talos de gramíneas, como palitos. Somente no período neolítico, cerca de 10 mil anos atrás, quando o ser humano deixou de ser dependente da coleta e da caça e desenvolveu a agricultura, cultivando espécies vegetais, grãos e amidos, ricos em carboidratos, que surgiram as cavidades nos dentes, como consequência das infiltrações bacterianas, que convertiam os carboidratos da dieta em ácidos que destruíam o esmalte dentário (BARRAS, 2016).

Pesquisadores da Universidade de Nova York, nos Estados Unidos, evidenciaram que, na África, uma bactéria causadora de cáries (destruição progressivas nos tecidos mineralizados dos dentes), já infectava a boca de seres humanos há mais de 100 mil anos. O cuidar dos dentes parece ser uma prática bastante antiga, e pode não ter sido exclusividade da nossa espécie. Em setembro de 2007, paleontólogos espanhóis publicaram a descoberta, na região de Madri, de dois molares neandertais. Esses dentes apresentavam marcas feitas por gravetos de madeira, o que demonstra que esses hominídeos tinham o hábito de palitar – ou “escovar” – os dentes (SGARIONI, 2018).

Na Itália, foi encontrado um dente infectado que foi parcialmente polido com ferramentas de pederneira, pedra usada para produzir fogo. Esse dente tem entre 13.820 e 14.160 anos e é a mais antiga evidência de prática odontológica já localizada, embora há registros que há 130 mil anos os neandertais já utilizavam ferramentas odontológicas primitivas, como lâmina de sílex (Figura 1), uma rocha sedimentar muito dura que finamente trabalhada, com arestas cortantes, era usada para raspar ou perfurar o dente na tentativa de remover um tecido deteriorado (BARRAS, 2016; LORENZI, 2017).

Figura 1- Lâmina de sílex



Fonte: Barras (2016)

Lopes (2017) relatou que em 2012, foi localizado na Eslovênia, no Leste Europeu, um dos sinais mais antigos da existência de um dentista. Um dente de aproximadamente 6,5 mil anos de idade foi encontrado com um preenchimento de cera de abelha na superfície da coroa. As análises identificaram que o material foi aplicado na época da morte do indivíduo, mas não se sabe se foi antes ou depois. Caso tenha sido antes, provavelmente era para diminuir a dor provocada por uma trinca nas camadas de esmalte.

Durante uma escavação em um cemitério neolítico no Paquistão arqueólogos franceses encontraram nove indivíduos, homens e mulheres que viveram cerca de 9.500 a.C., e apresentavam onze dentes molares, com indícios de cavidades feitas com brocas de pedra. Os dentes descobertos apresentavam sobre a camada de esmalte, orifícios precisos de 1 a 3 mm de diâmetro (Figura 2), que não foram feitos por raspagem, mas por perfuração. Este procedimento foi considerado como o primeiro registro de uma atividade odontológica. Os pesquisadores concluíram que as perfurações foram realizadas nos indivíduos com vida e que estes sobreviveram a esta tentativa de tratamento dentário. As cavidades resistiram ao tempo,

mas não há registro de material restaurador nas mesmas (BARRAS, 2016; DONATELLI, 2016).

Figura 2- Perfuração de dente por broca de pedra



Fonte: Barras (2016)

2.1.2 Idade Antiga (4000 a.C. até 476 d.C.)

Um dos registros históricos da Idade Antiga relacionado à Odontologia, é de 3500 a.C., proveniente da Mesopotâmia, hoje onde se localiza o Iraque, e as inscrições da época destacam o que seria o verme responsável pela destruição da estrutura dentária, o gusano dentário (Figura 3). Na antiguidade, se acreditava que no interior do dente se alojava um verme, que dele se alimentava e provocava dor e as cáries, que seriam a destruição dos tecidos dentários em forma de cavidades. Assim como na Medicina, as afecções relacionadas à Odontologia eram tratadas por meio da religião e da magia, desta forma orações e fórmulas eram utilizadas para destruir o verme que agredia o dente. A ideia é que este verme fosse semelhante às larvas dos insetos, que destroem a madeira, pareceu muito lógica para vários pensadores da antiga Suméria, do Egito, Grécia, China, Japão e Índia. Este pensamento perpetuou na Europa até meados de 1300 (DONATELLI, 2016; ROSENTHAL, 2001). A

imagem da destruição causada pelo verme Gusano remete a tormenta, ao sofrimento de uma dor de dente.

Figura 3- Verme Gusano dentário



Fonte: Donatelli (2016)

Os primeiros cirurgiões-dentistas de que se tem notícia eram “médicos”. O mais antigo deles foi o egípcio Hesi-Re, oficial, médico e escriba que viveu por volta de 3000 a.C. e era conhecido como o “maior médico que tratava dos dentes” – modo como foi eternizado em hieróglifos. A história indica que possivelmente a especialidade de Hesi-Re e seus contemporâneos era a extração de dentes – é o que demonstram os crânios desdentados daquela época. Os egípcios sofriam de uma grande variedade de enfermidades dentais e gengivais, como pulpites e gengivites, causadas por falta de higiene e pelo tipo de alimentação. A farinha usada no pão, base da dieta egípcia, vinha carregada de grãos de areia.

O mesmo acontecia com os vegetais, que eram cultivados em solo arenoso e não eram lavados adequadamente. O hábito involuntário de mastigar areia causava um desgaste enorme nos dentes, além de inúmeros abscessos na cavidade bucal (DONATELLI, 2016; SGARIONI, 2018).

Sgarioni (2018) relatou que papiros catalogados na Universidade de Leipzig, na Alemanha, descrevem vários tipos de tratamentos egípcios para doenças bucais. Para o dente que “corrói as partes altas da carne”, um deles indicava “amassar uma pasta com uma parte de cominho, uma parte de incenso e uma parte de cebola e aplicar sobre o dente”. Em relação aos abscessos, o tratamento recomendado pelos egípcios era a realização de furos na gengiva, que aliviavam a pressão das “bolas de pus” que se formavam no local. Para a higiene bucal, os egípcios utilizavam uma pasta produzida pela mistura de sal, pimenta, folhas de menta e flores de íris.

Imparato *et al.* (2003) relataram que na antiguidade, o elemento dental era valorizado pelos egípcios, hebreus, etruscos e fenícios e não se relacionava somente com a beleza, mas representava a força, e sua perda significava fraqueza e enfermidade. Escavações arqueológicas realizadas em regiões que foram habitadas por estes povos revelaram artificios protéticos confeccionados manualmente, utilizados para substituírem o dente humano por volta de 400 a.C. Para esse fim, além dos dentes humanos, eram utilizados dentes de animais não humanos, ossos, marfim, presos por fios de ouro nos dentes adjacentes.

Em Alexandria, Egito, nos reinados de Filipe, o Árabe (244-249 d.C.) e Décio (249-251 d.C.) ocorriam várias perseguições contra os cristãos. Apolônia de Alexandria fez parte de um grupo de virgens mártires que sofreram agressão em um levante local contra o cristianismo no ano de 249 d.C. Durante sua tortura teve todos os dentes quebrados com pedra afiada ou arrancados violentamente. Exatamente por ter sido privada de seus dentes antes de ser morta queimada em uma fogueira, Apolônia foi escolhida como padroeira dos cirurgiões-dentistas e daqueles que sofrem de dor de dente. Segundo a tradição cristã Santa Apolônia, durante seu suplício, pediu a Deus que todos os que sofressem de dores dentárias e invocassem seu nome, teriam suas dores acalmadas. A Igreja Católica instituiu a imagem de Santa Apolônia como advogada das dores dentárias e seu culto é celebrado em 09 de fevereiro, dia de sua morte (BOTEGA, 2015; SILVA, 2012).

Os gregos primitivos adoravam o sol, sendo Apolo, o Deus Sol, sua divindade. Segundo os gregos antigos, o sol curava todas as enfermidades, inclusive as afecções dentárias. Mais recente que a egípcia, a Odontologia na velha Grécia é representada em duas vertentes, por Asclépio, o deus da Medicina e da cura e Hipócrates (460 a.C.-377 a.C.), o fundador da Medicina Científica. Hipócrates, escreveu, em seus tratados, aspectos relacionados à Odontologia, tais como a doença cárie, a má-oclusão, os abscessos entre outros (IMPARATO et al., 2003; SILVA; SALES-PERES, 2007). Na Grécia antiga, os hábitos de higiene bucal já eram um pouco parecidos com os hábitos modernos. Diocles de Caristo, médico que viveu no século 4 a.C., aconselhava: “A cada manhã deveis esfregar vossas gengivas e dentes com os dedos desnudos e com menta finamente pulverizada, por dentro e por fora, e em seguida deveis retirar todas as partículas de alimento aderidas” (SGARIONI, 2018).

A arte dentária romana, teve influência egípcia e grega, sendo destacada a importância das XII Tábuas, conjunto de leis elaboradas no período da República Romana em 451 a.C., que ditava a conduta dos cidadãos e onde estava descrita a permissão para o emprego do ouro em trabalhos dentários, sendo o mesmo negado para outros fins. Influenciados pela cultura grega, os romanos usavam pós dentifícios – parentes distantes dos cremes dentais – feitos à base de ossos, cascas de ovos e conchas de ostra (SILVA; SALES-PERES, 2007; SGARIONI, 2018).

SILVA; SALES-PERES (2007) relataram que o trajeto da Odontologia foi semelhante ao de um grande rio: nasceu na Mesopotâmia, ganhou o velho Egito e atravessou o Mediterrâneo chegando até a Grécia, alcançou Roma de onde seguiu para a Península Ibérica, chegou à França, Alemanha e Inglaterra e transpôs o Oceano Atlântico, estendendo-se pela América, lançando braços em várias direções, até chegar à modernidade.

2.1.3 Idade Média (476 d.C. até 1453 d.C.)

Sgarioni (2018) relatou que na Idade Média destacou-se a influência dos mulçumanos na história da Odontologia. O profeta Maomé (571-632 d.C.), fundador do islamismo preconizava a higiene dental para seus seguidores, indicando o uso do siwak ou miswaak, um ramo da árvore Salvadora pérsica, cuja madeira contém bicarbonato de sódio que

promove limpeza, é antibacteriana e elimina o mau hálito. Este galho para limpar os dentes, foi precursor da escova dental no formato que conhecemos na atualidade. Outra importante contribuição muçulmana para a Odontologia, veio de Avicena (980-1037 d.C.), um médico muito respeitado no Oriente Médio, que escreveu tratados que chegaram à Europa e se tornaram a base do tratamento dentário medieval. O principal deles diz respeito à fratura de mandíbula: Avicena recomendava a aplicação de uma bandagem de fixação em torno do queixo, cabeça e pescoço, além de uma pequena tábua ao longo dos dentes.

Na idade Média, os monges católicos eram os responsáveis por exercer a medicina, mas a partir de 1163, eles foram proibidos pela Igreja de executar qualquer procedimento cirúrgico, inclusive os tratamentos dentários. Essas tarefas foram então absorvidas pelos barbeiros. Por frequentarem os mosteiros para cortar os cabelos dos monges, os barbeiros medievais aprenderam um pouco da Medicina com eles, e tornaram os auxiliares cirúrgicos dos monges. Os barbeiros tiravam pedras da bexiga, abriam abscessos, praticavam sangrias e extraíam dentes. Com o passar dos anos, os barbeiros apresentavam muito experiência como “arrancadores de dentes”, que os próprios médicos encaminhavam os pacientes para seus cuidados (LOPES, 2017; MARTINS; DIAS; LIMA, 2018; SGARIONI, 2018).

A Odontologia medieval era restrita a extração dentária realizadas pelos barbeiros. Os médicos dessa época, não realizavam esta atividade, alegando riscos de hemorragia e morte para o paciente e temiam ficar com a “mão pesada”, dificultando a ação em intervenções delicadas. Os barbeiros e os sangradores eram fortes, rudes, impiedosos, impassíveis e rápidos. A técnica era precária, com instrumentos inadequados, falta de higiene e de anestesia. Permanecendo à margem da medicina oficial, os barbeiros atuavam não só em domicílios ou barbearias, mas também em feiras livres, nas carroças em zonas rurais e acompanhavam os circos, praticando os espetáculos das extrações dentárias, que misturavam diversão e horror. Era uma verdadeira mutilação em praças públicas. Assistir às manipulações bucais era uma das diversões preferidas dos passantes (BRUNETTI, 2011; CRIVELARO, 2012; MARTINS; DIAS; LIMA, 2018).

Guy de Chauliac (1300-1368), médico e cirurgião em Avignon, no sul da França, introduziu a primeira vez a o termo "dentista", apresentado em seu livro “Chirurgia Magna”, publicado em 1363. Além de recomendar que fossem os “dentistas” os responsáveis pela

remoção de dentes da população em geral, preconizou a ligadura intermaxilar nos casos de fraturas (BARBOSA; IKEZIRI, 2016; DIB, 2017).

2.1.4 Idade Moderna (1453 d.C. até 1789)

Originária da Medicina, a Odontologia inevitavelmente passa pelo período em que a religião e a magia são responsáveis pelos processos de cura e alívio das dores. Já na Idade Moderna, no século XVI (1501-1600), a Odontologia entra em sua era pré-científica, ampliando seus horizontes e perspectivas. Nessa época, surgem os primeiros escritos sobre essa ciência, destacando a anatomia e as afecções bucais, entretanto, a base da profissão ainda era o empirismo (MARTINS; DIAS; LIMA, 2018; SILVA; SALES-PERES, 2007).

Sgarioni (2018) relatou que no século XVI, o aumento de prestígio dos cirurgiões-barbeiros, provocou um desconforto na Medicina. Acreditava-se que estes profissionais estavam invadindo a esfera de atuação inerente aos médicos. Em 1540, o rei Henrique VIII, da Inglaterra, publicou um estatuto para a *Real Comunidade dos Cirurgiões-Barbeiros*, limitando os espaços de atuação dos barbeiros e dos médicos. As extrações dentárias ficaram permitidas aos dois grupos.

Diferente da Medicina, no século XVII (1601-1700), e ainda no início do século XVIII (1701-1800), o mercado de serviços odontológicos não era mantido por nenhuma necessidade considerada “vital” ou “universal”. A demanda era supérflua, pequena e concentrada nas camadas mais abastadas da sociedade. Com exceção da dor de dente que era tratada de forma definitiva com a extração dentária, as condições bucais não eram consideradas fundamentais. A aparência ruim causada por dentes destruídos era considerada natural pela sociedade, tanto quanto morrer sem dentes. As pessoas comuns eram expostas aos riscos de infecções, muitas vezes fatais, já que ainda recorriam aos serviços de extração dentária praticados por barbeiros, aventureiros, charlatães, ambulantes, os chamados “tiradentes” (Figura 4), que percorriam de cidade em cidade, oferecendo curas “milagrosas” e “agilidade” nos procedimentos, mas sem o menor critério técnico. As implicações destas extrações dentárias na qualidade de vida dos indivíduos, não eram levadas em conta, ou até mesmo eram desconhecidas (BRUNETTI, 2011; CARVALHO, 2006).

Figura 4- O “tiradentes” em praça pública



Fonte: Donatelli (2016)

Carvalho (2006) descreveu que a cárie dentária, até então rara na Idade Média, nos séculos XVII e XVIII manifestou-se severa e em quantidade, primeiramente entre os nobres e os ricos, onde o consumo do açúcar era exclusividade, posteriormente em outras classes sociais. Com o crescimento da doença, além do alívio da dor de dente, resolvida com a extração, os serviços odontológicos se especializaram na fabricação de dentes postiços, que eram consumidos pelos abastados, dignitários do poder, mais em função da estética, do culto à elegância, do que pela necessidade de mastigação. Este serviço era considerado caro e supérfluo, e não era essencial para a população em geral. Os dentes artificiais só ficaram acessíveis para as camadas populares, na segunda metade do século XIX, em razão da descoberta de materiais de fácil manuseio e baixo custo operacional. A Odontologia, como o açúcar, era um artigo de luxo, e era submetida às leis estritas do lucro, da oferta e da demanda.

A Odontologia iniciou sua evolução no século XVIII, quando surgiram profissionais especializados e instrumentos mais eficientes, como boticões, ou fórceps, instrumentos cirúrgicos para extração de dentes. Sua fase científica já despontou na década de 1700 com o francês Pierre Fauchard, considerado o “Pai da Odontologia Moderna”, que iniciou sua carreira como cirurgião e em seguida dedicou-se integralmente a Odontologia, e em 1728, publicou uma obra notável, O Cirurgião Dentista- para tratar os dentes. Em 1746, Claude Mouton publicou o primeiro trabalho relacionado a prótese dentária, descrevendo a confecção de faceta em ouro para esmalte em dentes anteriores, e o uso de grampos para próteses parciais, e em 1754, foi criado um boticão especial para extração dos terceiros molares. Em 1756, Philip Pfaff lançou a obra Odontologia Alemã, em que descrevia como os modelos de gesso deviam ser preparados e instruía, ainda, sobre a confecção de outros tipos de prótese e o capeamento pulpar. O temido “motorzinho”, que causa tanta aflição nos pacientes, surgiu em 1790, quando John Greenwood inventou o primeiro motor dentário, impulsionado por um pedal (DIB, 2017; LOPES, 2017; PEREIRA, 2012; SILVA SALES-PERES, 2007; SANTOS, 2016).

Pierre Fauchard aperfeiçoou e também inventou vários artefatos para a substituição dos dentes e reparar sua perda total, como o “pivô” e a “dentadura”. Fauchard dotou o gabinete do cirurgião-dentista de cadeira apropriada (antes os tratamentos eram, em geral, feitos no chão) e defendeu a Odontologia preventiva. Algumas de suas receitas eram bizarras como enxaguar a boca pela manhã com várias colheradas da própria urina, para atenuar os problemas periodontais. Apesar disso, foi reverenciado por seus sucessores, e lembrado como um ilustre pioneiro e fundador da ciência odontológica. A partir de seu trabalho que a Odontologia foi separada da Medicina e da barbearia (SGARIONI, 2018).

2.1.5 Idade Contemporânea (1789 até aos dias atuais)

A consolidação do mercado de serviços odontológicos no século XIX (1801-1900), acompanhou simultaneamente, o desenvolvimento do consumo de açúcar na sociedade ocidental, confirmando a estreita correlação entre a ingestão de açúcar e cárie dentária. Circunscrito aos aristocratas e aos ricos comerciantes, o açúcar disseminou-se por vários segmentos da sociedade, muito pelo processo de urbanização e da revolução técnica e

industrial, principalmente pelos produtos manufaturados contendo sacarose, acarretando uma alteração no equilíbrio de toda dieta humana. O açúcar tornou-se a principal fonte calórica da classe trabalhadora, substituindo alimentos nutritivos. Com a mudança de hábitos alimentares, a classe mais pobre, desnutrida, desprotegida, oferecia pouca resistência à ação da doença cárie (CARVALHO, 2006).

Carvalho (2006) destacou que o consumo em massa do açúcar abriu as portas para a manifestação epidêmica da cárie no século XIX, transformando a infecção e a dor de dente em lugar comum. Este fenômeno alterou de forma expressiva a demanda por serviços odontológicos, aumentando o número de indivíduos em busca por cuidados bucais. Esta expansão efetiva do mercado consumidor, transformou a prática mecânica e cosmética predominante, em um serviço baseado em necessidades vitais, e que se tornou universal, sem fronteiras, pois a cárie incidia sobre toda a população. Essas mudanças provocaram a reorganização de toda a área de atuação odontológica. A Odontologia deixa de ser vista exclusivamente como produtora de luxo e supérfluos para atender também as necessidades básicas de saúde.

Assim, no século XIX, a Odontologia alcança o caráter científico, graças ao despontar da teoria celular, proposta pelos cientistas alemães Mathias Hacob Schleiden e Theodor Schwann em 1839, que afirma que todos os seres vivos são compostos por células e da teoria da evolução das espécies, publicada pelo cientista inglês Charles Darwin em 1859, que baseia na ancestralidade comum e a seleção natural, que propõe que os organismos mais aptos sobrevivem. Neste contexto, a Odontologia passou da era do pré-cientificismo que abrange a antiguidade até o final do século XVIII, para o cientificismo, ou seja, deixou de utilizar métodos empíricos arcaicos para obedecer aos rigores da ciência e sua racionalidade (MARTINS; DIAS; LIMA, 2018).

Desta forma a Odontologia alcança a América, mais precisamente os Estados Unidos da América e seu desenvolvimento é marcado por acontecimentos importantes como a formação em 1834 da *Society of Dental Surgeons*, por quinze cirurgiões-dentistas da cidade de Nova York, que foi precursora da sociedade nacional, formada em 1840, a *American Society of Dental Surgeons* (ASDS), que por sua vez, foi precursora da *American Dental Association* (ADA), fundada em 1859 e permanecendo na ativa como a mais antiga sociedade nacional de Odontologia do mundo. Outra importante contribuição para a solidificação da

Odontologia na América, foi a publicação em junho de 1839 do primeiro jornal especializado, *The American Journal of Dental Science*, fundado por Chaplin Aaron Harris, uns dos membros da *Society of Dental Surgeons*, considerado “pai” da ciência odontológica americana e uns dos pioneiros da literatura e do jornalismo odontológico nos Estados Unidos. Chaplin Harris, em 1940, em Baltimore, no Estado de Maryland, foi o responsável pela criação da primeira Escola de Odontologia do mundo ocidental, a *Baltimore College of Dental Surgery*. A Escola de Odontologia de Baltimore tinha quatro professores fixos e a primeira turma teve apenas cinco alunos, e o curso foi ofertado em quatro meses de aula por ano, por um período de dois anos, complementados por estágios em consultórios da cidade (BRUNETTI, 2011; MARTINS; DIAS; LIMA, 2018; SILVA; SALES-PERES, 2007).

Dannemann; Lotufo (2004); Sgarioni (2018) descreveram que poucos anos depois de Harris fundar uma Faculdade de Odontologia, um cirurgião-dentista americano deu uma contribuição fundamental para diminuir o sofrimento dos pacientes. Em 1844, o jovem Horace Wells realizou uma experiência em si mesmo: inalou óxido nitroso – ou “gás hilariante” – antes de um colega lhe extrair um dente. O gás havia sido descoberto em 1776 pelo cientista inglês Joseph Priestley, que provara sua capacidade de acalmar as dores físicas e provocar uma sensação agradável, e também um desejo incontido de riso, daí o nome hilariante. Sob efeito do gás, Wells não sentiu dor alguma, e tornou-se uma celebridade instantânea.

O sucesso de Wells, entretanto, durou pouco mais de um mês. Numa demonstração de extração dentária com óxido nitroso, feita diante de um grupo de cirurgiões da Universidade Harvard, em Boston, o paciente sentiu muita dor. Tudo porque Wells retirou o gás antes do tempo, a quantidade aplicada não foi suficiente. A banca examinadora não perdoou e ele acabou caindo em descrédito. Depois dessa experiência fracassada, William Thomas Green Morton, aluno de Wells, aconselhado pelo químico Charles Jackson, substituiu o óxido nitroso por éter. O elemento era mais poderoso que o anterior e oferecia menos risco de causar asfixia. Depois de fazer testes em animais não humanos e em si mesmo, extraiu um dente de um paciente com absoluto sucesso – ou seja, sem um só grito de dor. Depois desse feito, Morton reivindicou para si a paternidade da anestesia. Wells; Morton e Jackson protagonizaram uma luta para provar quem tinha sido o inventor da anestesia. Em 1848, Wells acabou se suicidando de desgosto. Só seis anos depois é que um congresso da

Associação Médica Americana deliberou que o descobrimento da anestesia tinha sido obra do “recém-desaparecido Horace Wells” (DANNEMANN; LOTUFO, 2004; SGARIONI, 2018).

Brunetti (2011); Martins; Dias; Lima (2018) enfatizaram que a era moderna trouxe transformações para a Odontologia, que se sobressaiu independente da Medicina, primeiramente nos Estados Unidos e posteriormente nos demais países do ocidente. Durante os séculos XIX e XX, a Odontologia foi marcada pelo progresso, com o surgimento de aparelhos, materiais e técnicas que possibilitaram que os benefícios do tratamento dentário fossem estendidos para maior parcela da população com menor sofrimento físico e financeiro (Quadro 1).

Quadro 1- Evolução técnica da Odontologia nos séculos XIX e XX

Data	Evolução na Odontologia
1871	O americano George F. Green patenteou o primeiro motor elétrico, uma peça de mão e autossuficiente, dispensando para sempre o uso do pedal.
1895	O físico alemão Wilhelm Roegten descobriu o RX
1896	Charles Edmund Kells Jr., um cirurgião-dentista de Nova Orleans, tirou a primeira radiografia odontológica em uma pessoa viva
1905	Alfred Einhorn, um químico alemão, formulou a procaína, o primeiro anestésico local da história, comercializado como novocaína, sendo fundamental para a diminuição da dor do tratamento dentário
1938	Surge no mercado a primeira escova de dentes com cerdas sintéticas
1949	O flúor passa a ser adicionado à água fornecida para a população, reforçando o combate à cárie
1950	O flúor passa ser componente do creme dental
1957	John Borden, inaugura a era da alta velocidade na Odontologia com a criação do motor movido a ar, uma peça de mão que atinge até 300.000 rotações por minuto.
1960	Os lasers foram aprovados para o tratamento de tecidos moles e doenças periodontais.
1989	É comercializado o primeiro produto para clareamento dental, e surgem novos materiais restauradores, iniciando a era da Odontologia estética

Fonte: Dib (2017).

Em relação aos avanços da Odontologia, Brunetti (2011) enfatizou que a adição do flúor na água ingerida pelas populações como meio preventivo da cárie dentária, e a comprovação por meio dos estudos escandinavos nas décadas de 1950/1960 do papel essencial do controle da placa bacteriana para uma melhor saúde bucal, produziram um novo

profissional voltado ao ensino, controle e manutenção da higiene bucal, um verdadeiro multiplicador da saúde por meio da Odontologia.

Conforme Narvai (2003), o que a prática odontológica foi, é, e pode vir a ser, deriva de uma complexa união de fatores externos e internos ao processo de trabalho, ressaltando o conhecimento científico disponível em cada período, as tecnologias, os ambientes, os instrumentos e materiais utilizados, e os recursos humanos. Como todo trabalho humano, a Odontologia surgiu e progrediu para satisfazer necessidades humanas. Estas necessidades são a razão de ser e dão sentido ao empenho diário de milhares de profissionais por todo o mundo. Ao longo dos séculos, o fazer odontológico foi se tornando mais e mais complexo até chegar ao século XXI em um estágio caracterizado pela acentuada divisão técnica, produto histórico do desenvolvimento técnico- científico.

O mundo alcançou um intenso desenvolvimento científico e tecnológico, e a informática revelou várias possibilidades da tecnologia em todas as áreas do conhecimento. Assim, a Odontologia se apropriou da utilização de ferramentas automatizadas e da Imagiologia. Os equipamentos automatizados possibilitam maior praticidade e rapidez nos procedimentos clínicos, auxiliam na realização de um diagnóstico mais preciso, além de ser uma poderosa ferramenta de marketing que pode diferenciar o cirurgião-dentista no competitivo mercado de trabalho (VIOLA; OLIVEIRA; DOTTA, 2011).

Desta forma, ainda no século XX e principalmente no século XXI, a clínica odontológica pode contar com diversos recursos tecnológicos, com destaque para o localizador apical de canais radiculares, a radiografia digital, a tomografia computadorizada, o laser, o microscópio operatório, a impressão 3D para confecção de próteses parciais ou totais pela tecnologia CAD/CAM, o escaneamento intraoral para registrar a oclusão do paciente, a cirurgia guiada por meio de um molde computadorizado que indica os locais de corte, permitindo uma prática menos invasiva, anestesia eletrônica, por meio de injetores computadorizados com aplicação mais precisa e menos dolorida, aparelho ortodôntico invisível, que reduz o impacto negativo na aparência, a lente de contato dentária, que adequa a forma e a estética; a sedação consciente com o uso do óxido nitroso e oxigênio, que deixa o paciente menos ansioso e mais colaborador, entre outros (BAYMA, 2017; VIDAL, 2020)

Historicamente, percebe-se que o grau de evolução da Odontologia, contribuiu e contribui para compor novos sorrisos e transformar a vida de milhares de pessoas. Na etapa

avançada de profissionalização, a Odontologia alcançou uma posição representativa. A profissão é capaz de controlar os seus membros de forma muito mais eficaz por meio da fiscalização dos Conselhos Regionais de Odontologia e a atividade ilícita profissional praticamente desaparece. Inicia-se nesta etapa o ensino de pós-graduação desenvolvido formalmente junto as universidades, bem como as especializações e, desta maneira, a Odontologia define-se como uma profissão inteiramente estruturada na sociedade. Entretanto, mesmo com toda evolução da Odontologia, a ocupação do mercado de trabalho é preocupante, pois mesmo formando um grande número de profissionais, os consultórios vazios é uma evidência significativa (RODRIGUES, 2015).

2.2 A ODONTOLOGIA NO BRASIL

Na origem da Odontologia, não existe qualquer referência à ciência, somente à prática da profissão. Inclusive, como os procedimentos realizados eram considerados artesanais, estabeleceu-se uma conexão com uma atividade estritamente cosmética e não funcional ou biomédica. Verifica-se também que no Brasil, da forma como se desenvolveu, Odontologia não priorizou a necessidade coletiva ou pública, pois beneficiava apenas o indivíduo que recebia sua atenção (CARVALHO, 2006).

Ferrari (2011) salientou a que a história da Odontologia no Brasil, sempre foi mostrada como uma evolução da arte praticada pelos sangradores e “tiradentes” ou pelos barbeiros. Essa talvez seja uma das muitas explicações possíveis para a baixa autoestima de alguns profissionais e por algumas visões preconceituosas para com a categoria por parte de outros profissionais da área da saúde e leigos. Sabe-se que a Odontologia moderna é baseada em uma sólida base científica e afirmar que ela descende de barbeiros é quase uma ofensa. Portanto, mesmo que seu início no país, não tenha sido representado pela figura do cirurgião-dentista, não se pode somente considerar que indivíduos sem instrução fizeram parte da origem da Odontologia. Não se deve caracterizar os barbeiros e sangradores como os dentistas da antiguidade, apesar do ofício praticado por eles influenciaram o desenvolvimento da profissão. Deve-se considerar que o cirurgião-dentista moderno deriva de uma ciência que não existia por completo no Brasil, mas se desenvolveu ao longo dos anos.

A Odontologia passou por uma longa evolução até alcançar sua fase científica e oferecer a população um atendimento criterioso e de qualidade. No Brasil seu progresso seguiu esta mesma trajetória. SILVA; SALES-PERES (2007) ao relatarem sobre o período da pré-colonização, observou que pouco pode ser dito sobre a Odontologia no período pré-colombiano, em razão do estado primitivo dos habitantes da civilização encontrada por Pedro Álvares Cabral em 1500 na Terra de Vera Cruz. Porém, destacou que o escrivão Pero Vaz de Caminha, que acompanhava a expedição de Cabral, na descoberta do Brasil, descreveu o ato de possível lavagem de boca com água por dois indígenas após terem ingerido alguma coisa oferecida pelos portugueses.

Spyere (2013) identificou que crânios encontrados em Lagoa Santa (MG), e em regiões litorâneas dos Estados de São Paulo e Paraná, bem como, as descrições dos primeiros colonizadores portugueses, mostraram que os índios da época do descobrimento do Brasil, tinham dentes bem implantados, belo sorriso e pouquíssimas cáries, mas apresentavam acentuada abrasão, causada pela mastigação de alimentos duros. Em várias tribos indígenas, os Pajés praticavam a arte de curar e já realizavam tratamentos dentários, não se sabendo desde quando essa prática era exercida. A tribo Kuikuro, do norte do Mato Grosso, tinha o costume de preencher cavidades dentárias com resina de jatobá aquecida, que cauterizava a polpa e depois de endurecida, atuava como uma obturação.

Nobre (2002) descreveu que quando desembarcou no litoral da Bahia em 1500, a frota de Pedro Álvares Cabral tinha como membro o cirurgião Mestre João, e os portugueses já traziam o domínio de técnicas curativas e de extração dentária. Martins; Dias; Lima (2018); Spyere (2013) relataram que durante os períodos de 1534 e 1536 foram criadas as capitânicas hereditárias, surgindo as primeiras povoações no Brasil, com a chegada das primeiras expedições colonizadoras portuguesas, das quais faziam parte mestres de ofício de diversas profissões. Neste grupo vieram mestres cirurgiões, sangradores e barbeiros, que da mesma forma que acontecia na Europa, além de executarem o corte de cabelo e barbear também faziam curativos em diversos machucados, operações cirúrgicas pouco importantes, e extrações dentárias. O sangrador por sua vez retirava o sangue (sangrias), por meio de sanguessugas e ventosas e extraíam dentes.

No ano de 1549 foi identificada uma tentativa de intervenção dentária no Brasil feita por um indígena. Hans Staden, explorador alemão capturado pelos índios tupinambás, sofreu

de fortes dores em um dente, o que o deixou abatido. Diante da dor do prisioneiro, um índio trouxe um aparelho de madeira usado para extrair dentes, mas Hans em pânico se recusou a realizar a extração de seu dente (PEREIRA, 2012).

No século XVI (1501-1600) e meados do século XVII (1601-1700), não existia restrição para qualquer profissional intervir na boca de seu semelhante, pois não havia na legislação portuguesa, que regia o Brasil, lei que regularizasse a prática da arte dentária. Os barbeiros e sangradores atuavam sem licença, apesar da existência de licenças especiais dadas pelo “Cirurgião-Mor Mestre Gil” a outras modalidades de ofícios na cirurgia. É possível que os “tiradentes” que vieram de Portugal com os primeiros colonizadores fossem licenciados pelo Cirurgião-Mor do reino de Portugal, de acordo com a Carta Régia de 1448, de El-Rei D. Affonso (ROSENTHAL, 2001; SPYERE, 2013).

Pereira (2012); Silva *et al.* (2017) salientaram que barbeiros ou sangradores, tinham este ofício regulamentado pelo Físico-Mor (médico), nomeado pela coroa portuguesa, pelos meados de 1534. Com a publicação da Carta Régia de Portugal, em 9 de novembro de 1629, foi regulamentado o exercício da arte dentária no Brasil, com exames para cirurgiões e barbeiros, mas ainda não havia nenhum tipo de ensino. Nesta época as funções de sangrador e “tiradentes” acumuladas pelos barbeiros, se confundiam. O sangrador no exame de habilitação tinha de comprovar que no período de dois anos “sangraram” e exerceram as outras atividades de barbeiro, como extração de dentes. Em 12 de dezembro de 1631, foi instituído o Regimento de Ofício de Cirurgião-Mor, que determinava a multa de dois mil réis às pessoas que “tirassem dentes” sem licença.

Na época do Brasil colônia de Portugal, entre os séculos XVI e XIX, diferente da metrópole portuguesa e de demais países da Europa, não existia aqui um especialista para realizar tratamentos dentários. O escasso referencial bibliográfico do século XVIII sobre a História da Odontologia no Brasil demonstra que as pessoas que sofriam de doenças dentárias buscavam sozinhas a solução contra a dor de dentes por meio de diversas formas: benzeduras, rezas e uso de medicamentos à base do óleo de cravo, láudano, cânfora, pólvora, teias de aranha, entre outros. Somente como último recurso, o “tiradentes” e sua caixa de horrores (faca de formas e tamanhos diversos, alavancas, boticões) eram procurados pela população (PEREIRA, 2012).

No Brasil era tudo mais rudimentar. Os instrumentos utilizados pelos “tiradentes” eram precariamente esterilizados sobre a chama de uma lamparina. Como não se aplicava anestesia, no momento da extração dentária, era costume amarrar os braços dos pacientes na cadeira. Também se fazia atendimento fora do consultório. Após a extração o paciente era medicado com o uso de ervas medicinais. Era comum o profissional ter no consultório, vários vasos com diferentes espécies de ervas que eram dadas ao paciente para consumir na forma de chá ou colutório (SPYERE, 2013).

No século XVIII, em 17 de junho de 1782, para melhor fiscalização das colônias portuguesas, a Rainha de Portugal, D. Maria extinguiu os cargos de Cirurgião-Mor e Físico-Mor e criou a Real Junta de Protomedicato. Este órgão era composto por sete deputados, médicos e cirurgiões aprovados com mandato de três anos de duração. As Cartas e licenças para execução de procedimentos odontológicos passaram a ser emitidos por esta junta (ROSENTHAL, 2001; SILVA; SALES-PERES, 2017; SPYERE, 2013).

Os relatos de Fernandes (2014); Lopes (2017) demonstraram que antes mesmo da Odontologia ser uma profissão regulamentada no Brasil, o alferes Joaquim José da Silva Xavier, o Tiradentes já era o dentista prático de maior notoriedade em sua época. Apesar de atuar em Minas Gerais, sua fama era conhecida até no Rio de Janeiro. Quando em 1789 foi preso na Inconfidência Mineira, no seu depoimento ficou registrado que o réu “não tinha nesta cidade pessoas de particular amizade, porém conhecia muita gente em razão da prenda de pôr e tirar dentes”. Ou seja, além de realizar extrações dentárias, o mineiro também esculpia em marfim ou osso de canela de boi, coroas artificiais e repunha os dentes que faltavam, numa espécie de tratamento protético. Registros da época indicam ainda que ele exercia muito bem sua profissão no interior de Minas Gerais e tinha, inclusive, conhecimentos básicos de Medicina. Após sua prisão e morte pela Conjuração Mineira, entre os bens confiscados do Mártir da Inconfidência foram relacionados um espelho pequeno e um conjunto de ferros de extrair dentes, que foram arrematados pelo dentista prático Francisco Xavier da Silveira. Ele deixou também navalhas de barbear e instrumentos de farmácia. Tiradentes é considerado o “Patrono da Odontologia do Brasil”.

Dib (2017); Donatelli (2016); Spyere (2013) descreveram que na época de Tiradentes, os dentes eram extraídos com uma espécie de boticão, as chaves de Garengot (Figura 5), com uma espécie de fórceps, o pelicano (Figura 6) e com alavancas rudimentares (Figura 7).

Era preciso ter habilidade com esses instrumentos, pois muitas vezes eram puxados da boca três dentes sadios de uma vez, ficando o danificado no lugar. Os canais radiculares não eram tratados e estes eram obturados com chumbo, colocados sobre o tecido cariado e polpas afetadas, com consequências desastrosas. As próteses eram muito simples e os dentes esculpidos em osso ou marfim, eram amarrados com fios aos dentes remanescentes ou por meio de molas, sistemas usados na Europa.

Figura 5- Chave de Garengéot (Boticão)



Fonte: www.odontoblogia.com.br

Figura 6- Fórceps Pelicano



Fonte: www.odontoblogia.com.br

Figura 7 – Alavanca



Fonte: www.odontoblogia.com.br

Figura 8- Prótese dentária



Fonte: www.odontoblogia.com.br

Em 23 de maio de 1800, o Príncipe Regente de Portugal, D. João VI, mandou executar o Plano de Exames da Real Junta do Protomedicato, onde pela primeira vez em documentos do reino, consta o vocábulo dentista. As diretrizes do plano estabeleciam que o candidato ao ofício de dentista deveria ser aprovado nos exames de conhecimento parcial em anatomia, métodos operatórios e terapêuticos. A partir desta data, o plano seria o instrumento burocrático necessário para quem quisesse exercer a profissão. Este foi o início da arte dentária como profissão autônoma no Brasil (SPYERE, 2013).

Em janeiro de 1808, em razão da invasão de Portugal pelas forças francesas, D. João VI fugiu de Lisboa com sua corte, se instalou em Salvador, Bahia, passando o Brasil a ser a sede do Reino. Desta corte fazia parte o primeiro Cirurgião-Mor do Reino, José Correa Picanço, brasileiro nascido em Pernambuco, que além de ser cirurgião barbeiro, se formou em Medicina em Paris e lecionou na Universidade de Coimbra. Sobre a influência de José Picanço, em 18 de fevereiro de 1808, D. João VI criou a Escola de Cirurgia no Hospital de São José de Salvador. Em 5 de novembro foi criada a Escola Anatômica Cirúrgica e Médica do Hospital Militar e da Marinha, no Rio de Janeiro. Esta foi transformada em 1832 na Faculdade de Medicina. Esses cursos foram criados para atender as necessidades da Família

Real, e inicialmente não tinha como objetivo os interesses da colônia (FERNANDES, 2014; SPYERE, 2013).

Em 07 de março de 1808, D. João VI transferiu a Família Real de Salvador para o Rio de Janeiro e o Cirurgião-Mor licenciou os profissionais da cidade que executavam extrações dentárias, estendendo logo após a fiscalização por toda a colônia. Em janeiro de 1809, ocorreu mudança no sistema de licenças de trabalho. D. João VI dissolveu a Real Junta do Protomedicato e suas funções voltaram a ser executadas pelo Físico-Mor e Cirurgião-Mor. O Físico-Mor da Corte era Manoel Vieira da Silva, que controlava o exercício da Medicina e Farmácia, e o Cirurgião-Mor, José Corrêa Picanço controlava as cirurgias, e as atividades realizadas pelos sangradores, dentistas, parteiras, emplastadores e algebristas, ou seja, aqueles que lidavam com ossos fraturados (FERNANDES, 2014; MARTINS; DIAS; LIMA, 2018).

Segundo Pereira (2012) os ofícios de sangrador, curandeiro e parteira normalmente eram desempenhados por escravos, forros e mulheres respectivamente, sendo atividades de pouco prestígio. Rosenthal (2001) salientou que os escravos e negros alforriados exerciam a tarefa da “arte de tirar dentes”, por esta ser considerada de menor importância, e também pelo número pequeno de cirurgiões que vinham de Portugal. Os melhores profissionais não se deslocavam de Portugal para a colônia, e a maior parte que chegava à América Portuguesa eram cirurgiões barbeiros. Apesar da presença do negro neste ofício não ser bem aceita pelos portugueses, a Coroa lhe dava esta permissão, para ser possível o atendimento de outros escravos e pessoas carentes.

A atividade de “tirar dentes” era considerada uma ação tosca que não exigia grandes conhecimentos e era passada de mestre para aprendiz. As manobras utilizadas eram intempestivas, e causavam traumatismos nos lábios, na língua, nos tecidos da boca, no queixo e nos dentes, sendo muitos extraídos sem necessidade. Muitos senhores de escravos treinavam seus servos para tal função, com o intuito de ter uma renda extra com o serviço feito por eles. A história expôs que Anacleto José Coelho, sangrador aprovado, ensinou seu escravo Vicente a “sangrar, sarjar, deitar ventosas e sanguessugas e tirar dentes” e registrou o feito em um documento de junho de 1820. De posse desse documento o Cirurgião-Mor, José Correia Picanço, submeteu o escravo Vicente aos exames e após este responder as

perguntas teóricas e práticas, foi aprovado e recebeu a Carta de sangrador e dentista (FERNANDES, 2014; FERRARI, 2011).

Rosenthal (2001) descreveu que nesta época o Mestre Domingos, "barbeiro" popular no bairro da Saúde, Rio de Janeiro, se tornou famoso. O negro mestiço também atendia a domicílio, onde levava uma esteira de tábua que servia de cadeira e uma chave de Garangeot enferrujada. Devido realizar movimentos intempestivos, algumas vezes extraía o dente vizinho, mas cobrava apenas por um. Quando atendia crianças, recomendava que o dente extraído fosse jogado no telhado, dizendo antes e por três vezes: "Mourão, toma teu dente podre e dá cá o meu são". O autor também relatou a existência de um negro muito habilidoso que esculpia dentaduras em osso e expunha para vender na porta das igrejas do Rio de Janeiro, após as missas de domingo. Os fiéis podiam escolher não só a mais bonita, mas também a que melhor se adaptasse a sua boca.

Em 1811 foi expedida a primeira Carta de Dentista, para Pedro Martins de Moura, um português. Este documento o autorizava expressamente a tirar dentes, não mencionando cirurgias, próteses, curativos ou medicações. Ainda em 1811, foi expedida tal Carta também para um brasileiro, Sebastião Fernandes de Oliveira, natural do Espírito Santo. Os dentistas tinham conhecimentos elementares, sem escolas, sem cursos. Para se obter a Carta da profissão de "tirar dentes", nada era exigido aos candidatos, nem mesmo saber ler. A profissão de dentista se dividia em duas vertentes; as operações cirúrgicas tinham sua licença dependendo do Cirurgião-Mor e, a licença para os curativos nos dentes, dependia do Físico-Mor, ou seja, a parte médica da profissão (FERNANDES, 2014; ROSENTHAL, 2001).

Em 1820, o Cirurgião-Mor, Doutor José Correa Picanço, concedeu ao francês Doutor Eugênio Frederico Guertin, uma Carta para exercer sua profissão no Rio de Janeiro. Este era considerado um dentista mais evoluído, pois tinha se formado na Faculdade de Odontologia de Paris e recebeu permissão para extrair dentes, fazer curativos e praticar todas as operações necessárias ao ramo. Tinha muito prestígio junto a nobreza e atendia até a Família Real. Depois dele vieram outros dentistas franceses que se destacaram até o 1840, quando vieram para o Brasil, dentistas dos Estados Unidos da América, principalmente durante o período da Guerra da Secessão (1861-1865), e aos poucos suplantaram os profissionais franceses (FERNANDES, 2014; SILVA; SALES-PERES, 2007).

No Brasil o uso da anestesia iniciou-se em 1847, por meio da inalação do éter e em 1848, passou a se fazer uso do clorofórmio. O pioneiro do uso do clorofórmio foi o dentista americano, Clinton Van Tuyl, como citou no seu livro Guia dos dentes sãos, publicado em 1849. Nesse período, já era recomendável lavar a boca após as refeições, ou usar água dentifrícia para limpeza dos dentes e água morna com sal para debelar a dor (PEREIRA, 2012).

Em 1856, por meio do Decreto n. 1754, foi implantado nas Faculdades de Medicina, de Salvador e do Rio de Janeiro, um exame obrigatório para se obter o título de dentista. Os candidatos se submetiam à um exame prático, com a extração de um dente de cadáver, e um exame teórico, dividido em cinco grupos de temas: anatomia, fisiologia, patologia e anomalias dos dentes, gengivas e arcadas alveolares; higiene e terapêutica dos dentes; descrição dos instrumentos que compõem o arsenal cirúrgico do dentista; teoria e prática de sua aplicação, e meios de confeccionar as peças de prótese e ortopedia dentária (SPYERE, 2013).

O ensino da Odontologia no Brasil teve início no ano de 1879, com a inserção da disciplina de Cirurgia Dentária nas Faculdades de Medicina. Em 25 de outubro de 1884, por meio do Decreto n. 9.311, promulgado pelo Imperador D. Pedro II, foi instituído o ensino da Odontologia no Brasil com a criação do curso de Odontologia nas cidades do Rio de Janeiro e Salvador. Pela importância da data, no dia 25 de outubro é comemorado o dia do cirurgião-dentista brasileiro. Os alunos do curso de Odontologia, ao final do curso, “sem colar grau ou outras formalidades” recebiam o título de “Dentista”. A denominação de “Cirurgião-Dentista” ao título dos egressos dos cursos brasileiros de Odontologia só viria 9 anos mais tarde, no período republicano, por meio da reforma Alvarenga, que implementou modificações no ensino para conciliar tais cursos às determinações de 1892 do Ministério da Justiça e Negócios Interiores (FRACASSO *et al.*, 2016; NARVAI, 2003).

A “Arte Dentária” foi a primeira revista odontológica publicada no Brasil em 1869 por João Borges Diniz. Em 1889, Isabela Von Sidow, paulista de Cananéia, formou-se pela Faculdade de Odontologia do Rio de Janeiro, sendo a primeira mulher dentista formada no Brasil. Já na República com o Decreto 1.270 de 01/01/1891, o ensino da Odontologia deveria ser anexado às Faculdades de Medicina, e as matérias deveriam ser ministradas em dois anos. Os fatos históricos relacionados à Odontologia tornaram-se escassos após o século XIX. A

literatura apresenta quase que exclusivamente, referências sobre as legislações criadas, destacando alguns fatos que fundamentaram a consolidação da Odontologia como profissão (SILVA *et al.*, 2017; SILVA; SALES-PERES, 2007).

Conforme Fernandes (2014), o curso de Odontologia criado em 1884, no ano de 1925, foi transformado em Faculdade de Odontologia, mas continuou anexo à Faculdade de Medicina, que pertencia à Universidade do Rio de Janeiro, fundada em 1920. A Faculdade de Odontologia tornou-se autônoma em 1933, sendo inaugurada em 1934. A Universidade do Rio de Janeiro foi reorganizada em 1937, como Universidade do Brasil, passando a partir de 1965 a ser denominada Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em 1967, o curso de Odontologia passou a ter no mínimo 4 anos.

Inserida no contexto nacional com características curativas, até o meado do século XX, a Odontologia focava na reparação da doença, movida pela remoção do tecido dental atingido pela cárie e sua substituição por um material restaurador. Em casos mais severos, com o estado da cárie avançado, optava-se pela extração do elemento dentário. A exemplo de outros países e baseado na prevalência acentuada da cárie dentária na população mundial, desde o século XIX, nos trabalhos científicos sobre o efeito do flúor na redução desta patologia, e por recomendação de entidades nacionais e internacionais, no Brasil, na década de 1950, foi adotada a fluoretação das águas de abastecimento público. A cidade de Baixo Guandu, no Espírito Santo, foi a pioneira neste serviço (FRACASSO *et al.*, 2016).

No século XX, como nos países da Europa e da América do Norte, evidenciou-se no Brasil, um rápido avanço da Odontologia como ciência, sendo criadas as primeiras Faculdades, entretanto ainda persistia a presença de “práticos” na profissão. Juntamente com o movimento da fundação de novos cursos, o exercício legal da profissão tornou-se uma preocupação para os profissionais, e assim são produzidas legislações específicas com o objetivo de regularizar o exercício da Odontologia e impedir o surgimento de novos “práticos” (SPYERE, 2013).

Spyere (2013) relatou que por meio da Lei Federal n. 1.314, sancionada pelo Presidente da República Federativa do Brasil, em 17 de janeiro de 1951, ocorreu a primeira regulamentação do exercício profissional da Odontologia no país. Esta Lei promulgava que em todo território nacional, só seria permitido o exercício da profissão de odontologista, aos que fossem titulados em uma Escola de Odontologia, oficialmente ou legalmente

reconhecida, e o título deveria ser registrado na Diretoria do Ensino Superior e sucessivamente no Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e na repartição sanitária estadual competente. Após a declaração desta Lei, observou-se não somente a oferta de cursos de graduação, mas também de pós-graduação e grande progresso científico e tecnológico na Odontologia.

Em relação à prática odontológica no Brasil, o modelo hegemônico no século XX se consolidou pelo acesso preponderante a serviços privados, pela diminuta assistência populacional prestada pela Odontologia privada por meio de convênios, seguros-saúde, cooperativas e autogestões e pela frágil pressão social sobre o papel do Estado nesse setor. Sobre esta ótica, as políticas públicas assumiram uma posição de inferioridade em relação às práticas de mercado. Deste modo, não ter direito à saúde bucal seria uma fatalidade que estaríamos fadados inapelavelmente (MANFREDINI; BOTAZZO, 2006).

Rosenthal (2001) ressaltou que a Odontologia praticada no século XX no Brasil, recebeu o nome de “Odontologia de Mercado”, mostrando características que representam as profundas transformações vividas pela sociedade brasileira ao longo de todo o século, com elevado crescimento econômico, industrialização e urbanização. Tais mudanças influenciaram de forma intensa a prática odontológica que se tornou complexa e adotou o uso de uma tecnologia sofisticada. Como consequência dessas mudanças e em conformidade com o capitalismo dependente que se fixou no país, observou-se a grande expansão na oferta de cursos de Odontologia, principalmente nas duas últimas décadas do século.

Manfredini; Botazzo (2006) sinalizaram que da mesma forma que o correu com a Medicina na década de 1990, também se observou a entrada no mercado de equipamentos odontológicos de maior intensidade tecnológica. Os congressos promovidos pelas entidades de classe da Odontologia, especialmente, se tornaram espaços para a divulgação de novos equipamentos, materiais de consumo e técnicas. Em grande parte desses eventos, a atualização técnico-científica ocupa um espaço inferior frente as feiras comerciais anexas. Seria importante a participação do Ministério da Saúde na regulação e controle da incorporação de novas tecnologias na Odontologia e realizar uma avaliação sobre as tecnologias disponíveis e a produção de alternativas que desenvolvam tecnologias compatíveis com a realidade social brasileira.

No Brasil, assim como em vários outros países do mundo, a tecnologia faz parte do cotidiano dos consultórios odontológicos. A microscopia operatória, a Odontologia digital, com a radiografia digitalizada, softwares para prontuários, o uso da tomografia computadorizada, a confecção de próteses por escaneamento 3D, além de cadeiras com comando eletrônico, o uso dos lasers em várias especialidades, entre outras ferramentas, já são a realidade de muitos profissionais. A implantodontia se consolidou como importante especialidade para a reabilitação oral em casos de perda de dentes. A harmonização orofacial e a Odontologia estética alcançam cada vez mais, uma parcela da população que busca o regaste da autoestima por meio de uma aparência bucal e facial mais harmoniosa (FELLOWS, 2019; VIDAL, 2020).

Em razão da dimensão continental do Brasil, ainda se observa uma realidade longe da tecnologia dos consultórios odontológicos modernos. Em muitas comunidades ainda são usados métodos de tratamento baseados em produtos de origem vegetal (retirar o azeite de meio coco e passar sobre o dente dolorido; aplicar pimenta do reino sobre o dente dolorido), produtos químicos de origem caseira (passar sobre os dentes um algodão embebido com creolina), dentre outros. Esta prática muito antiga, ainda é observada em algumas localidades do país, com diferentes aspectos culturais referentes à saúde bucal. É comum moradores distantes dos grandes centros, relatarem tratamentos alternativos para a dor de dente ou mesmo a extração: “para dor de dente eu coloco uma bolinha de algodão com óleo de copaíba” e “queria arrancar os dentes para parar de doer” (RODRIGUES, 2015).

Os resultados do último levantamento epidemiológico realizado pelo governo federal em 2010, o Saúde Bucal 2010 (Sb Brasil 2010) revelaram que aos 5 anos de idade, 46,6% das crianças brasileiras estão livres de cárie na dentição decídua e, aos 12 anos, 43,5% apresentam a mesma condição na dentição permanente. Nas idades de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos, os percentuais foram 23,9%, 0,9% e 0,2%, respectivamente. O que indica um índice de cárie elevado na população brasileira adolescente, adulta e idosa (BRASIL, 2012).

De acordo com os dados do IBGE, no Brasil, 39 milhões de pessoas fazem uso de próteses dentárias, sendo que cada cinco delas tem entre 25 e 44 anos. Registra-se ainda que 16 milhões de brasileiros são totalmente desdentados e 41,5% desta população tem mais de 60 anos de idade. Comparando as classes sociais, este percentual é de 5,9% entre os mais ricos e maior entre a população mais pobre, 17,5%. Outro dado alarmante, é que existe uma

população em torno de 24 milhões de brasileiros que nunca frequentaram um consultório odontológico. O serviço público cuida de apenas 30,7% dos serviços odontológicos prestados à população. A iniciativa privada é responsável por 69,3% do atendimento à população brasileira, sendo uma aliada histórica durante a evolução das políticas públicas de saúde bucal. Para acentuar a discrepância dos serviços odontológicos no país, a maioria dos cirurgiões-dentistas, em torno de 75%, se concentram nas regiões Sudeste e Sul, deixando 25% para as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. Outro fato significativo que acentua o prejuízo à saúde, é que regiões Norte e Nordeste, ainda sofrem com a restrição do serviço de abastecimento de água fluoretada (BACCHINI, 2018; NICO *et al.*, 2016).

As evidências indicam que apesar do significativo progresso tecnológico que a Odontologia atingiu no século XX, a assistência em saúde bucal continua inacessível para a maior parte da população brasileira, significando pouco alcance social da profissão. De forma equivocada, a Odontologia brasileira ainda converge o centro de sua atenção no indivíduo e não na coletividade, no privado e não, no público. Cabe ao Estado prover e gerenciar de forma adequada os recursos necessários para promoção de políticas públicas eficazes e transformadoras. Os cirurgiões-dentistas também tem a responsabilidade ética e moral de reverter este quadro, diminuindo o sofrimento e contribuindo para a dignidade social (GALVÃO *et al.*, 2010; SYPIERE, 2013).

Apesar do número expressivo de 412 Faculdades de Odontologia em funcionamento no país, e representarmos 19% do número de cirurgiões-dentistas do mundo, em torno de 340.637 profissionais cadastrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO), a grande maioria da população brasileira chegou ao século XXI com condições abaixo do ideal de saúde bucal e acesso restrito aos serviços públicos odontológicos. O controle da doença cárie nas diferentes faixas etárias, ainda está longe de ser alcançado. Esta confirmação não desqualifica a Odontologia no Brasil, mas exige uma reflexão e um posicionamento dos profissionais, da sociedade e do Estado sobre as prioridades das políticas públicas, que ainda privam os indivíduos de uma saúde bucal apropriada e funcional. É preciso maiores investimentos por parte do governo, com o intuito de melhorar a saúde bucal de forma ampla e não isoladamente. O ensino odontológico deve se focar na coletividade. O grande desafio da Odontologia do século XXI, é fazer com que todos os avanços obtidos até então, alcancem

todos cidadãos, promovendo maior qualidade de vida a todos os brasileiros (CFO, 2021; FRACASSO *et al.*, 2016; OLIVEIRA; MORAIS; GOES, 2014).

2.3 A FIGURA DO CIRURGIÃO-DENTISTA NO IMAGINÁRIO POPULAR

Por meio da história observa-se que o atendimento odontológico era, inicialmente, rústico e elementar. Em algumas sociedades antigas, a Odontologia representava penalidade e tortura a quem descumprisse as leis. Daí parece originar a associação da imagem do cirurgião-dentista com a dor. E a percepção histórica e cultural que aproxima a figura do cirurgião-dentista a um sádico contribui para que nos tempos atuais a população manifeste ainda ansiedade e medo do tratamento dentário (GONÇALVES *et al.*, 2010; MARTINS; DIAS; LIMA, 2018).

Ansiedade e o medo na Odontologia podem ser atribuídos às grandes mutilações que ocorriam no passado, quando os barbeiros e sangradores extraíam os dentes de forma dolorosa, sem nenhuma técnica. Por muito anos, o grande binômio da Odontologia brasileira, foi perdas e mutilações. Não existia a preocupação com a conservação dos dentes e a estética dental não era considerada. Talvez, por isto tudo, ainda hoje, principalmente nos serviços públicos de saúde, seja difícil desvencilhar as pessoas do pensamento extrativista e curativista imediato. O tratamento dentário ainda é estressante para muitas pessoas. O temor ao atendimento clínico gera um problema cíclico e interfere no limiar da percepção dolorosa, impactando na qualidade de vida das pessoas (ARMPFIELD; HEATON, 2013; MARTINS; DIAS; LIMA, 2018; NUNES *et al.*, 2012).

Ferrari (2011); Silva (2012) enfatizaram que embora seja inegável o avanço da Odontologia com materiais mais modernos, técnicas menos invasivas, aprimoramento na área de analgesia e farmacologia, e abordagem do paciente pelo cirurgião-dentista, no intuito de minimizar o medo e ansiedade dentária, a figura cruel do profissional, simbolizando o desconforto, e sofrimento, ainda é recorrente e dificilmente será apagada. Esta representação é uma das heranças dos tempos dos “tiradentes”, que provavelmente a Odontologia carregará para sempre. Sua permanência no imaginário popular, contribui para o desenvolvimento, manutenção e até mesmo exacerbação do pavor ao tratamento dentário, provocando seu adiamento ou fuga, com consequências graves para a saúde oral e para a saúde pública.

Silva (2012) relatou que a imagem do “tiradentes” que de forma impiedosa extraia dentes até em praças públicas, serviu de inspiração para quadros de pintores mais ou menos famosos em sua época (Figura 9) como Lucas Van Leyden (1494-1533), Caravaggio (1571-1610), Jan Steen (1626-1679), entre outros. Ao longo dos anos esta imagem também foi retratada em livros, cartoons, filmes, ou em outras formas de representar o estereótipo do “tiradentes”, de alicate em punho com um dente bem seguro e um sorriso largo que contrasta com a cara de dor, sofrimento e tortura do paciente indefeso, sentado em uma cadeira.

Figura 9- O charlatão arrancador de dentes (Theodoor Rombouts, 1620)



Fonte: www.amazon.com.br/charlatão-Arrancador-Dentista-Teodoor-Rombouts

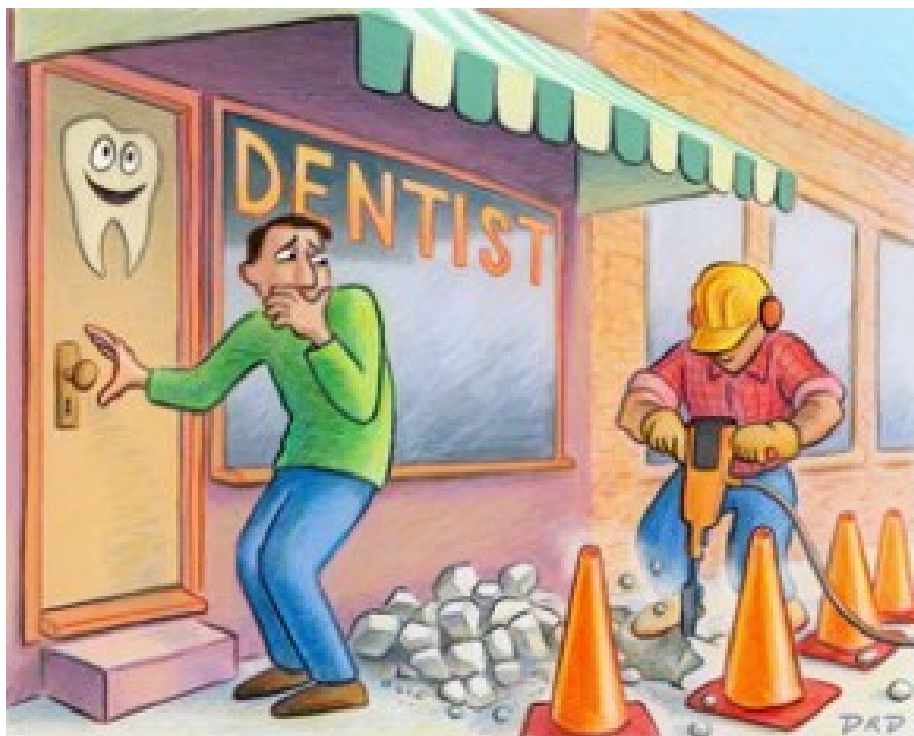
Mesmo com o conforto técnico, e a humanização evidenciada nos consultórios odontológicos, ainda persistem nas produções cinematográficas e no imaginário social representações negativas relacionadas ao cirurgião-dentista e ao tratamento dentário. Nos sites de busca na Web, as figuras encontradas em charges, cartoons e filmes (Figuras 10 e 11), muitas vezes apresentam o profissional em um humor ridicularizado, como incompetente, sádico, imoral, perturbado ou corrupto, ligando o medo, a dor e a brutalidade ao procedimento odontológico, denegrindo eticamente e reforçando a imagem negativa da Odontologia já arraigada no inconsciente popular (NUNES *et al.*, 2012).

Figura 10- Visão do paciente com medo do dentista (cartoon)



Fonte: www.dicasodonto.com.br

Figura 11- Medo do dentista (cartoon)



Fonte: <http://vivabemlegal.blogspot.com/>

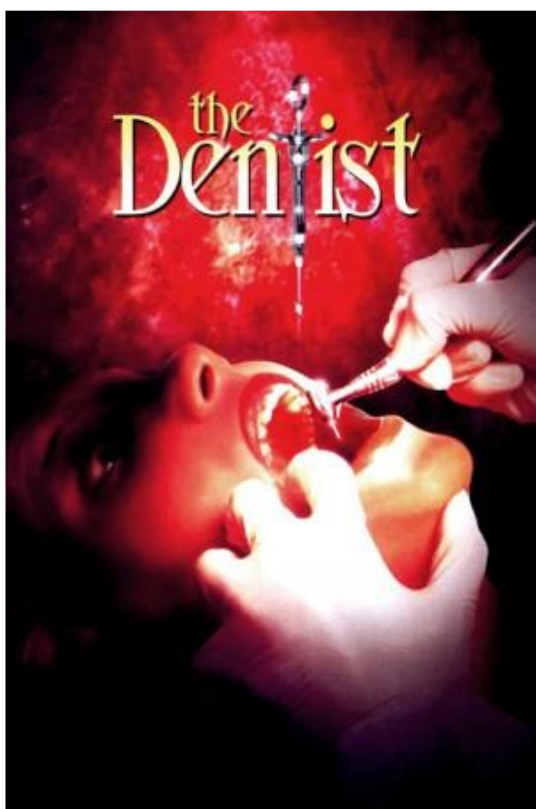
Sampaio; Ramos; Maciel (2019) descreveram que os veículos de comunicação exercem um domínio muito grande sobre a vida das pessoas, e estabelecem ideais, padrões e estereótipos. A televisão e o cinema influenciam fortemente a população, provocando a absorção e reprodução de comportamentos expressos nesses meios. Somado aos fatores históricos relacionados ao perfil social do cirurgião-dentista, os veículos de comunicação frequentemente exploram situações de stress e ansiedade associadas ao profissional, relacionando-o com a dor, estigmas que são mantidos até hoje, mesmo com a implementação dos tratamentos de caráter preventivo preconizados pelas Faculdades de Odontologia. A veiculação da Odontologia pela mídia necessita de avanços significativos, já que a imagem do cirurgião-dentista com um perfil cruento e causador de dor, resulta em danos para o cenário de promoção de saúde, para a classe odontológica e para a sociedade. É importante desmitificar esta imagem de sofrimento ligada ao cirurgião-dentista, principalmente em relação a dor ou fobia, pois uma vez estabelecida na memória infantil, pode ser mantida por toda vida.

Pinho *et al.* (2008) relacionaram que o medo, a angústia e a ansiedade, limitam as pessoas de buscarem o atendimento odontológico, interferindo na relação do profissional com o paciente, no diagnóstico e tratamento das doenças bucais. De forma geral, a representação social do cirurgião-dentista está vinculada com a dor, custo elevado do tratamento, e como sendo um mal necessário, até mesmo um castigo. Todas essas situações de stress e temor são veiculadas pela mídia, contribuindo para o retardo ou mesmo impedimento do tratamento dentário. Filmes, livros, charges, e programas de televisão, não raramente, caracterizam esses profissionais como criminosos, vilões, sádicos, mercenários, pouco comunicativos, atrapalhados, loucos, psicopatas, obsessivo-compulsivos, viciados e galanteadores e palhaços. Com relação aos tratamentos são sempre atrelados à dor, violência, além da biossegurança precária. As características negativas relacionadas à Odontologia se perpetuam no imaginário social. A desconstrução desta imagem historicamente formada, é de suma importância para reversão de um quadro de medo e ansiedade que influencia na atenção à saúde bucal da população.

O medo relacionado aos procedimentos odontológicos pode ser obtido por meio de experiências traumatizantes e/ou influências culturais negativas relacionadas a vivências de

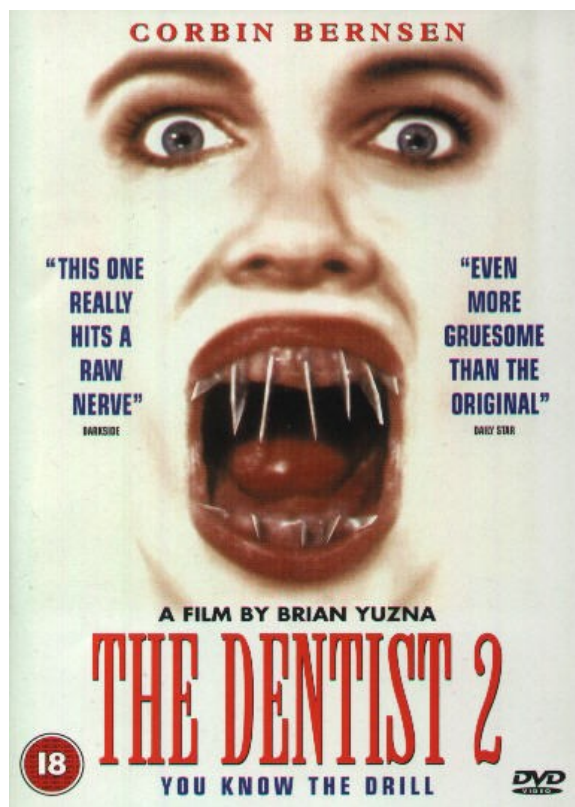
gerações passadas. Estas influências podem estar presentes em vários meios de expressão cultural: no cinema; nas artes plásticas; na música; na literatura; nos diversos veículos de mídias impressas ou visuais. Apesar dos avanços tecnológicos da profissão, a imagem do cirurgião-dentista e de seu trabalho ainda é veiculada nas produções cinematográficas de forma aterrorizante, reforçando o medo na população. A sala de espera é retratada como um ambiente de grande tensão, em razão do barulho proveniente dos ruídos produzidos no atendimento odontológico. A dor sempre é associada ao tratamento, assim como instrumentos e procedimentos rudimentares. O cirurgião-dentista é caracterizado por como atrapalhado, sádico, violento, insensível, perturbado, incompetente e com atitudes grosseiras (OLIVEIRA, 2007).

Figura 12- O Dentista I (filme)



Fonte: www.dicasodonto.com.br

Figura 13- O Dentista II (filme)

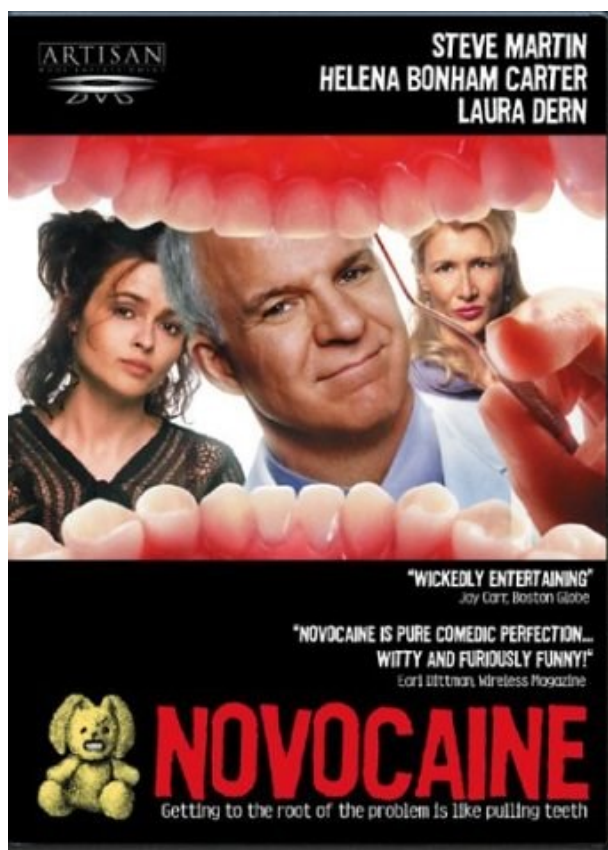


Fonte: www.dicasodonto.com.br

Direnna (2010); Moraes (2010); Pinho *et al.* (2008); Santos (2010) listaram algumas produções cinematográficas (Figuras 12, 13, 14 e 15) e televisivas que destacaram a dor, o

medo, a violência, sadismo, tortura, a sensualidade, trapalhadas e a falta de biossegurança relacionadas ao profissional e/ou ao tratamento odontológico: O Dentista (1932, comédia), O Dentista I (1996, terror), O Dentista II (1998, terror); A pequena loja de horrores (1986, refilmagem do clássico de 1960, comédia, terror musical); Paixão de alto risco (1994, suspense); Droga da sedução (2001, comédia); Maratona da morte (1976, suspense); A vida secreta dos dentistas (2004, drama); A fantástica fábrica de chocolates (2005, refilmagem do clássico de 1971, aventura); Procurando Nemo (2003, Animação); Toma Lá, Dá Cá (2007-2009, comédia, série de TV); Uma Família da pesada (2005, comédia, série de TV); Viva o Gordo (1987, comédia, Programa de TV). As representações da Odontologia nessas produções, geralmente são distorcidas, apresentando um viés de procedimentos ligado ao sofrimento, o que é ultrapassado, discriminatório e contra a informação para a educação.

Figura 14- Droga da sedução (filme)



Fonte: www.dicasodonto.com.br

Figura 15- A pequena loja de horrores (filme)



Fonte: www.dicasodontolo.com.br

3 O MEDO E A ODONTOLOGIA

3.1 MEDO: SINAIS, SINTOMAS E CARACTERÍSTICAS

O medo é precisamente uma emoção familiar, porque faz parte da experiência de todos e é considerado um componente essencial da humanidade, incorporado ao seu DNA e necessário para proteção e preservação da espécie. É um estado psicológico, fisiológico e comportamental que compartilhamos com os animais não humanos quando confrontados com uma ameaça ao nosso bem-estar ou sobrevivência. O medo aumenta a excitação do corpo, expectativa e atividade neurobiológica, e aciona padrões de comportamento específicos projetados para nos ajudar a lidar com uma situação adversa ou uma situação inesperada (SILVA, 2011; SWIFT *et al.*, 2014).

O medo é um alarme primitivo em resposta a um perigo iminente, caracterizado por forte excitação e tendências a ação. O medo tem uma função adaptativa que é essencial à sobrevivência da espécie humana alertando e preparando o organismo para resposta contra perigos e emergências potencialmente fatais (BARLOW, 2002). Está relacionado à

percepção de um perigo real, como a aproximação de algum suspeito, um assaltante armado ou no prenúncio de um acidente. Trata-se de um temor específico, objetivo, que pode ser identificado, que está externo e tem uma ameaça verdadeira, provocando nas pessoas um estado de agitação e tensão. Seu alcance vai desde a decisão de lutar ou fugir, até a sobrecarga traiçoeira que origina o estresse e ansiedade, provocando o esgotamento físico e mental. Um estímulo que desperta o medo é capaz de, em poucos segundos, suprir o corpo inteiro de adrenalina e dispô-lo para uma reação física rápida (CHACON, 2016; SILVA, 2011).

O medo é uma emoção básica que acompanha as pessoas desde o nascimento, e é muito comum na infância e na adolescência. Quase sempre, o medo é uma reação adaptativa, com um objetivo real e útil: proteger os indivíduos de situações possivelmente perigosas, liberando um fluxo de energia que pode ser aplicado em qualquer ação que se faça necessária, buscando meios para enfrentar o perigo. A estrutura psicológica das pessoas também almeja sobreviver, desenvolver-se ou expressar-se. Ameaças a esta estrutura podem provocar respostas de medo. O medo é uma “emoção venenosa”, capaz de incomodar tanto o indivíduo, interferindo no seu ciclo de sono e o impedindo de realizar coisas relevantes para sua vida. À medida que esta emoção fica mais constante em determinadas situações, podem despontar alguns problemas sociais, como a dependência dos adultos, dificuldade em manter a atenção e concentração, inabilidade para resolver os problemas que surgem, dificuldade de assumir seus problemas de saúde e problemas acadêmicos (SCHOEN; VITALLE, 2012).

Para Hall (2004), o medo pode ser determinado pela constituição genética do indivíduo e manifestado ao longo da vida, ou ser assimilado. Na sua visão, cinco determinantes podem provocar o aparecimento do medo:

- a) estágio de desenvolvimento:** medos podem se manifestar no início da infância, idade pré-escolar e escolar, e adolescência;
- b) Trauma:** acontecimentos traumáticos, físicos ou emocionais, como doenças, ataques de animal ou inseto, desastres naturais ou acidentes mecânicos;
- c) Imaginação:** medo que não é real, de origem imaginária, como crianças que tem medo do escuro, de bicho-papão;
- d) Arquétipo:** é o medo relacionado ao instinto de sobrevivência, faz parte do senso de alarme dos indivíduos, como o medo de animais perigosos, medo de altura;

e) Tipo de personalidade: dependendo da personalidade do indivíduo, este pode sentir mais ou menos medo em certas situações, arriscar mais ou menos, ser mais cauteloso ou não, assombrar-se mais ou menos.

Baptista; Carvalho; Lory (2000) relataram que o medo pode ser considerado genético, mas também sofre as influências do ambiente, e por meio de sensibilização e costume pode aumentar ou diminuir. Holanda *et al.* (2013) descreveram que os estímulos ambientais causadores do medo são ordenados em incondicionados, quando não existe a pretensão de causar medo, e são objetos naturais como sons intensos, altura, escuridão, etc. Outros estímulos são chamados de condicionais, pois podem ser evitados, como ir ao dentista ou ao médico, medo de cachorro, gato, barata, dentre outros.

Holanda *et al.* (2013) descreveram o medo como uma interferência no bem estar, na integridade física e mental do indivíduo. Quando o organismo é ameaçado, este produz reações comportamentais, neurovegetativas, neuroendócrinas associadas ao medo. As alterações somáticas e viscerais geram fenômenos fisiológicos quando o medo (emoção) é desenvolvido a partir do reconhecimento do perigo (cognição). A pressão sanguínea aumenta, ocorre débito sanguíneo, aumento da ventilação pulmonar, redução da motilidade e secreção intestinal e disponibilização de energia, que se relaciona diretamente com a possível fuga nas situações de temor.

Para Santos (2003), o medo permeia o cotidiano e marca a vida coletiva e individual, o que gera uma transformação de comportamentos sociais e hábitos mentais. O medo diante de um perigo presente e urgente que ameaça a preservação do indivíduo, causa uma série de efeitos no organismo habilitando-o para uma reação de defesa como a fuga. Conforme o indivíduo e as circunstâncias, o medo pode provocar efeitos contrastantes, ou até reações alternadas em uma mesma pessoa: aceleração dos movimentos do coração ou a sua diminuição, uma respiração demasiadamente rápida ou lenta, uma contração ou uma dilatação dos vasos sanguíneos, uma hiper ou uma hiposecreção das glândulas, constipação ou diarreia, poliúria ou anúria, um comportamento de imobilização ou uma exteriorização violenta. Nos casos extremos, a inibição pode causar até uma pseudoparalisia diante do perigo (estados catalépticos) e a exteriorização resultará numa tempestade de movimentos insensatos e inadaptados, característicos do pânico.

Baker (2001); Tavares; Barbosa (2014) relataram que os sinais fisiológicos mais comuns do medo podem ser o frio na barriga, respiração forte e arfante, batimento vigoroso e coração acelerado (taquicardia), suor em excesso, boca seca, tremedeira, formigamento das mãos e pés, visão embaçada, tontura, desmaios, estado de preocupação ou vigilância. Essas sensações ou respostas fisiológicas, não necessariamente aparecem ao mesmo tempo, podendo somente algumas se manifestarem de acordo com o episódio de medo.

O medo é um estado emocional inato formado por aspectos cognitivos, fisiológicos e comportamentais e que pode produzir expressivo stress, especialmente em seus estados fóbicos. Em seus aspectos cognitivos, há sempre uma avaliação do perigo ou de uma situação que indica um mal para o indivíduo. Do ponto de vista fisiológico, o corpo pode manifestar sensações de taquicardia, falta de ar, tensão muscular, dormências, formigamentos, sudorese, calafrios e ondas de frio e calor etc. No componente comportamental, podem ser ressaltadas as respostas de fuga- e, no futuro, evitação – e congelamento que um indivíduo sente quando depara com ameaças (LOBO; NEVES; ALENCAR, 2013; RANGÉ; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2010).

Figueiredo; Pia; Pereira (2018); Lavoura (2007) descreveram o medo como uma emoção que se relaciona com a angústia, ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, cautela, escrúpulo, inquietação, pavor, susto e terror, quando está no nível de estado emocional; quando se torna psicopatologia, se caracteriza como fobia e pânico. Ele pode ter origem em um perigo real, ou em um estímulo emocional imaginário, mas não implica dizer que ele não é real para a pessoa, inclusive, quanto mais irreal, mais difícil de ser combatido. Os sinais fisiológicos do medo podem ser frio na barriga, respiração ofegante, batimentos cardíacos acelerados, sudorese, boca seca, visão embaçada e tremedeira.

Balbinot; Sehnem (2015); Lavoura (2007) enfatizaram que o medo atrelado ao instinto de sobrevivência é considerado positivo. O medo excessivo, que alcança um grau exagerado com frequência, é considerado patológico, negativo. Nesta condição, pode se manifestar a ansiedade, o pânico, as fobias, a angústia e a vergonha. A realidade pode ser alterada, gerando graves transtornos e limitações, comprometendo as relações sociais, afetivas e profissionais do indivíduo. Baker (2001), por sua vez, relatou que as fobias são medos irracionais e que entre elas, podemos destacar medo de insetos, animais, altura, água,

vômito, sangue, injeções, hospitais, dentistas, e o encontrar ou ter que conversar com outras pessoas.

Bauman (2008) discursando sobre a origem, a dinâmica e os usos do medo, relatou que os perigos que amedrontam as pessoas podem ser de três tipos. Alguns ameaçam o corpo (integridade física) e as propriedades. Outros tem caráter mais geral, ameaçando a longevidade da ordem social e a confiança depositada nela, da qual depende a garantia do sustento (renda, emprego) ou mesmo da sobrevivência no caso de invalidez ou velhice. Por fim vêm os perigos que ameaçam o lugar do indivíduo no mundo- a sua posição social, a identidade (de classe, de gênero, étnica, religiosa) e, de forma mais ampla, a imunidade à degradação e à exclusão social.

D'Elia (2013); Figueiredo; Pia; Pereira (2018); Rodrigues (2018) destacaram que vários são os medos que assolam as pessoas, que as vezes, torna-se difícil sua identificação. Dentre os mais comuns, temos o medo de armas de fogo, de assaltos, de choques elétricos, cobras, bichos asquerosos (baratas, sapo, lagartixa etc.), de lugares desconhecidos, de lugares perigosos, do futuro, medo de dirigir, perda de entes queridos, medo de morrer, medo de assombração, medo de envelhecer, medo da adversidade, da solidão, da depressão, medo do homem, da loucura, da traição, medo de não ser aceito, medo da pobreza, da riqueza, da injustiça, da exclusão, do aniquilamento, das prisões internas e externas, medo abstrato sem objeto, medo de quem não tem medo, medo do medo.

O medo controla toda a nossa cultura, pelo qual ninguém está livre. O medo sofre influências da idade, gênero, cultura, classe socioeconômica, nível de desenvolvimento cognitivo e outros fatores individuais ou sociais, o que possibilita determinar se é um medo patológico ou não. As pessoas em geral têm medo de uma gravidez indesejada, de abusos sexuais e da infertilidade, dos cuidados de saúde universal, de eleger um presidente errado, do fracasso, do sucesso, de definhar no anonimato, de não descobrir o verdadeiro sentido de sua vida, de catástrofes financeiras, mas também de ganhar muito dinheiro, de sonhar sem limites, de cometer erros, de coisas que podem nos matar, de morrer. Também existe o medo de falar em público, das alturas, de sair à rua, de agulhas e de aranhas (FIGUEIREDO; PIA; PEREIRA, 2018; RANKIM, 2016).

O medo da doença é comum entre os seres humanos. A consulta ao médico para diagnóstico de uma patologia, geralmente é acompanhada deste sentimento e de desprazer e

preocupação. O clima pode ser tenso, pois o paciente tem de relatar ao médico suas queixas e temores, precisa despir-se fisicamente e psicologicamente e expor suas fraquezas, situações que o deixam desconfortável. Além disso, os indivíduos se preocupam com a possibilidade de estarem seriamente doentes, e de morrer e apresentam medo das dores que podem ser causadas por intervenções diagnósticas e terapêuticas. Em relação à dor, mesmo sabendo que os tratamentos dentários são realizados sob anestesia local, a dor representa o sentimento que mais nos dá medo em uma consulta odontológica. Sabemos que a nossa vida não corre perigo, mas os incômodos estão à nossa espera (WESIACK, 2002).

Wesiack (2002) ressaltou que em alguns momentos, a doença nos envolve de tal forma, que nossa vida parece limitar-se a esta perspectiva. O autor salientou que o poeta alemão Wilhelm Busch descreveu essa situação de forma bem significativa ao relatar a dor de dente: “A dor de dente, considerada de forma subjetiva, sem dúvida não é nada bem-vinda. Mas ela tem a vantagem de desviar a nossa força vital, muitas vezes desperdiçada quando dirigida toda ao exterior, para um único ponto no nosso interior... Tão logo sentimos a primeira pontada... acaba a história do mundo, nós nos esquecemos dos relatórios das aulas, dos impostos e do dois mais dois; em resumo, nós nos esquecemos de todas as formas de vida cotidiana... Pois é somente na estreita cavidade do dente molar que se concentra a nossa alma...” Esta caricatura da dor revela como as dores podem restringir nossa consciência, e até mesmo cercear a nossa vitalidade. O mesmo vale para a vivência do medo.

3.2 AS INTERFERÊNCIAS DO MEDO NO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

A busca pela assistência odontológica é prejudicada com frequência pelo medo, em razão dos indivíduos associarem essa emoção à dor e sofrimento durante o atendimento. Ao longo dos anos, o medo parece ser uma atitude natural, assim como a afirmativa de que o tratamento odontológico provoca dor. A reversão desse quadro exige intervenções de diferentes enfoques, inclusive comportamentais que possam reduzir o estresse em relação ao tratamento odontológico (TOMÉ *et al.*, 2018/2019).

Pereira *et al.* (2013) descreveram que as pessoas não nascem com o sentimento de medo do cirurgião-dentista, ele pode ser adquirido ao longo do processo de socialização, e também por meio do contato direto com uma intervenção odontológica desagradável. Esta

pode ter sido causada por imperícia do cirurgião-dentista, durante o tratamento, ou devido a um relacionamento paciente/profissional desconfortável (medo objetivo) ou até mesmo por incerteza diante de algo que não conhece ou por informações transmitidas por outras pessoas e meios de comunicação (medo subjetivo).

O medo do tratamento odontológico, geralmente apresenta seus primeiros sinais na infância ou na adolescência. Provavelmente é resultado de experiências dolorosas passadas, desconhecimento dos procedimentos executados, aversão ao ambiente do consultório, ideias negativas relatadas por familiares e amigos, entre outros fatores, o que ocasiona a fuga à consulta do cirurgião-dentista e futuramente, em razão da saúde bucal insatisfatória, vai originar procedimentos invasivos, incômodos, intensificando mais o medo, criando-se um ciclo vicioso e desconforto psicológico adicional ao indivíduo. É importante que o cirurgião-dentista saiba interpretar sinais e reações que demonstrem receios, temores e fragilidades dos pacientes e estabeleça uma relação de empatia e confiança mútua, com abordagens metodológicas e farmacológicas adequadas, propiciando uma intervenção mais tranquila (SILVA, 2012).

Mialhe *et al.* (2010) destacaram que o paciente com temor tende a afastar-se do tratamento, e com certeza sua saúde bucal e geral ficarão comprometidas. Desta forma, fica evidente a necessidade do cirurgião-dentista realizar intervenções que ajudem o paciente a enfrentar a situação clínica com o mínimo de medo. Para que o profissional possa implementar estratégias que diminuam o estresse gerado pelo tratamento odontológico, é necessário que ele saiba identificar comportamentos indicadores do medo.

Maniglia-Ferreira *et al.* (2004) relataram que o medo em relação ao tratamento odontológico é um fenômeno universal, não está restrito a países ou populações específicas. Quando este medo está presente de forma severa, pode pôr em risco a relação do cirurgião-dentista com seu paciente, pois influencia negativamente na satisfação do paciente com o atendimento e também no rendimento do trabalho do profissional.

O medo dental é uma abordagem fisiológica e comportamental, representada por uma reação emocional a uma ou mais ameaças vivenciadas durante o tratamento. Sua etiologia é multifatorial e não é um elemento estável, pois pode ser diminuído com o avançar da idade, com um tratamento diferenciado ou com uma experiência subjetiva. O sexo também é uma

variável que influencia nessa aversão, porém há controvérsia na literatura sobre a real influência do sexo no medo dental (ALSHORAIM *et al.*, 2018).

As longas jornadas de trabalho, horários incompatíveis, acesso restrito ao serviço público de saúde, ausência de profissionais nas escolas e falta de condições financeiras para o tratamento particular, faz com que indivíduos de classes econômicas menos favorecidas, em especial as famílias de baixa renda, escolaridade, nível cultural e perfil demográfico busquem o tratamento dentário somente em casos de extrema dor. A procura tardia do atendimento odontológico, quase sempre tem um custo mais elevado, e é acompanhada de problemas bucais graves e esta situação exige procedimentos complexos e mais invasivos, podendo gerar uma experiência desagradável e desconforto ao paciente, produzindo o evitamento da consulta ao cirurgião-dentista em razão do medo de sofrer dor. Consequente, a saúde bucal insatisfatória gera um impacto intensamente negativo na qualidade de vida desses indivíduos (MARTINS *et al.*, 2017).

Para Martins *et al.* (2017), o medo do tratamento odontológico vai ser demonstrado por comportamentos arredios dos pacientes e por meio de alguns sinais como queixa verbal, inquietação, palidez da pele, midríase, transpiração excessiva, formigamento das extremidades, aumento da pressão arterial e taquicardia, entre outros. Dependendo do procedimento que vai ser submetido, a intensidade dessas evidências varia de um paciente para outro, ou em um mesmo paciente, mas configura uma barreira para um atendimento mais eficiente pelo cirurgião-dentista.

Penteado (2017) descreveu que o medo do tratamento odontológico é um fenômeno conhecido há muitos anos e mesmo com a ciência e a tecnologia trabalhando para diminuição da dor e desconforto percebidos pelos pacientes, este sentimento ainda permanece entre várias populações. Uma consulta ao cirurgião-dentista pode parecer mais assustadora para umas pessoas do que para outras, e indivíduos vulneráveis ao medo frequentemente apresentam episódios de fobia com sinais e sintomas de sudorese, taquicardia, calafrios, dores abdominais, dores de cabeça, respiração e pressão arterial alteradas, entre outros, até mesmo antes do atendimento. Este sentimento eleva em níveis significativos o evitamento, o adiamento e a evasão dos pacientes às consultas e aos tratamentos, interferindo negativamente na qualidade de vida, no que diz respeito ao bem-estar psicológico, funcionamento social e vitalidade.

Os instrumentais utilizados pelo cirurgião-dentista despertam medo nos pacientes, muitas vezes em razão de experiências anteriores, próprias ou de pessoas de seu relacionamento. Fatores como a imagem do cirurgião-dentista, o medo de agulha, a ingestão anestésica local e a dormência provocada por ela, som e sensação da broca, a fobia dos pais, estimulam os órgãos sensoriais, podendo estabelecer experiências incômodas, principalmente em procedimentos invasivos, originando assim o medo do tratamento odontológico. É importante que o profissional desenvolva habilidades para reconhecimento do indivíduo medroso e exerça conduta apropriada e também adote medidas preventivas e demonstre segurança para que o paciente seja receptivo ao tratamento (OLIVEIRA; BERCHAMAN JÚNIOR; FERREIRA, 2016).

Bottan; Oglio e Araújo (2007) relacionaram como fatores determinantes do medo ao tratamento odontológico, o instrumental, em especial a seringa, agulhas, fórceps, alavancas, limas, brocas, vibrações e sons dos motores de alta e baixa rotação, e também movimentos intempestivos ou ríspidos de alguns profissionais. Estes elementos estimulam diretamente os órgãos sensoriais, podendo configurar em experiências desagradáveis, principalmente em procedimentos invasivos, gerando um medo objetivo.

A dor presente no tratamento odontológico está mais associada à procedimentos invasivos como exodontias e cirurgias, mas também à procedimentos não invasivos. O medo é fator preponderante para dor durante o atendimento odontológico e está relacionado à anestesia local, mas também existem evidências que a atitude do cirurgião-dentista contribua para o aparecimento da dor (COSTA; RIBEIRO; CABRAL, 2012).

Mastrantônio *et al.* (2010); Zanatta *et al.* (2014) citaram que algumas situações e materiais presentes no consultório estimulam o medo e ansiedade nos pacientes, tais como, o mau cheiro de alguns produtos farmacológicos, o barulho dos equipamentos, como o ruído da broca, instrumentais cirúrgicos, como pinças e sondas, anestesia, exodontia, raspagem, a espera pelo atendimento, dentre outros.

O medo também está relacionado a procedimentos como cirurgias orais menores, preparo cavitário, brocas no interior da cavidade bucal, sentir o “motor” no dente, tratamento endodôntico, experiência de cárie e raspagem periodontal (CARVALHO *et al.*, 2012; COSTA *et al.*, 2012).

As pessoas evitam as consultas odontológicas por temerem a dor e o desconforto, mas esse adiamento provoca maior exposição ao desconforto e piora na saúde bucal. As pessoas não deveriam ter medo de se expor à transformação, mas sim de enfrentar as sequelas por falta de cuidado com os dentes. Indivíduos com medo do cirurgião-dentista estão mais vulneráveis a ter problemas bucais, como perdas de dentes ou doenças. Mais do que o sorriso, o indivíduo pode perder a confiança em si mesmo. O lado emocional pode ser afetado, já que a coloração e o desalinhamento dos dentes podem impedir um sorriso. Com esse problema, as pessoas terão dificuldades para interagir de forma livre no cotidiano (PSICANÁLISE CLÍNICA, 2020).

O medo do tratamento odontológico provoca falta de visitas regulares ao cirurgião-dentista, o que pode causar grandes consequências à saúde. Além de uma saúde bucal prejudicada, o indivíduo estará sujeito a condições que apresentam risco de vida, como doenças cardíacas e infecções pulmonares, e também consequências estéticas e emocionais. Um sorriso danificado, amarelado ou o mau hálito frequente, podem causar insegurança e até mesmo gerar impactos na vida pessoal e profissional do indivíduo (PRESOTO *et al.*, 2022).

Efeitos físicos e psicológicos dos mais variados estão ligados ao medo do tratamento odontológico. O medo leva ao afastamento do cuidado com a saúde bucal, desta forma o indivíduo fica vulnerável ao amarelamento da arcada dentária, a perda precoce de dentes, ao desenvolvimento de doenças periodontais e diminuição da expectativa de vida por exposição à doenças pulmonares e cardíacas. Em relação ao seu emocional, o indivíduo pode sorrir menos por constrangimento e ter a autoestima prejudicada em razão do visual dos seus dentes (CERQUETANI, 2021).

Pessoas com medo tendem a não cuidar adequadamente das doenças bucais, tendo os dentes danificados, com coloração alterada ou mesmo perdidos. Essas ocorrências contribuem para deixar as pessoas inseguras com sua aparência. Desta forma, elas podem sorrir menos e tentar manter as suas bocas parcialmente fechadas quando falarem. Nestes casos são identificados dois grandes malefícios: para a autoestima e para a fala. Estas situações impactam profundamente a vida social e profissional dessas pessoas (MACHADO; PINTO, 2021).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentamos os resultados obtidos a partir da análise das informações contidas nas entrevistas semiestruturadas realizadas com indivíduos atendidos nas clínicas de Endodontia do curso de Odontologia da UNIVALE.

Os dados obtidos na primeira etapa da pesquisa delinearão o perfil sociodemográfico dos pacientes das clínicas de Endodontia que participaram desse estudo e também indicaram os indivíduos com medo do tratamento odontológico.

Inicialmente descrevemos o perfil sociodemográfico da amostra total. Participaram da primeira etapa deste estudo, 40 indivíduos, 11 homens e 29 mulheres (72,5%). A evidência de maior número de mulheres no grupo estudado, possivelmente se deve ao fato de que historicamente as mulheres se preocupam mais com a saúde e com a estética do que os homens, fazendo com que tenham uma frequência mais expressiva nos serviços de saúde. Naturalmente, mais que os homens, as mulheres estão mais ligadas ao ato de cuidar tanto pessoal, como da família. Essa premissa pode ser reforçada pelos dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE (2019), onde se constatou que no Brasil, as mulheres são mais frequentes em consultas preventivas de check-up, enquanto os homens buscam o atendimento em caso de dor ou de um problema mais grave instalado.

Ressaltamos que em relação aos cuidados com a saúde bucal, também podemos encontrar desigualdades relacionadas ao gênero. Ao longo da vida clínica e acadêmica na Odontologia foi possível perceber que as mulheres procuram mais o tratamento odontológico, já que demonstram maior autopercepção de saúde do que os homens. É sabido que a percepção da saúde bucal relaciona-se à aspectos físicos e subjetivos, e pode ser influenciada por fatores socioeconômicos e culturais, sendo vivenciada de modo diferente por indivíduos, sociedades e gerações.

A idade mínima verificada foi de 25 anos e a máxima de 59 anos. Quanto ao estado civil detectou-se 20 casados (50%), 12 solteiros (30%), 5 separados (12,5%), 2 viúvos (5%) e 1 em união estável (2,5%).

Quanto à etnia, 23 indivíduos se declararam pardos (57,5%), 9 pretos (22,5%) e 8 brancos (20%). Em relação ao nível de escolaridade, observou-se que 6 indivíduos tinham

Ensino Fundamental incompleto (15%), 4 Ensino Fundamental completo (10%), 7 Ensino Médio incompleto (17,5%), 15 Ensino Médio completo (37,5%), 1 Ensino Superior Incompleto (2,5%), 6 Ensino Superior Completo (15%) e 1 não tinha instrução formal (2,5%). Com o salário mínimo vigente no valor de R\$ 1.100,00 (BRASIL, 2021), constatou-se que a renda familiar mensal foi de até 1 salário mínimo para 25 indivíduos (62,5%), de 2 a 4 salários mínimos para 12 (30,0%), e 3 declararam renda abaixo de 1 salário mínimo (7,5%).

Os estudos de Gabardo; Moysés; Moysés (2013) indicaram que aspectos culturais, psicológicos, sociais, financeiros, entre outros, são capazes de influenciar a percepção de saúde dos indivíduos. Neste contexto, pode se pensar que no Brasil, onde a desigualdade social é evidente, as diferenças econômicas e sociais, e até comportamentais, poderiam produzir modelos de autopercepção de saúde diferenciados entre indivíduos com características e condições diversas. Uma melhor autopercepção de saúde bucal, quase sempre está associada a indivíduos mais favorecidos economicamente e com nível de escolaridade elevado. Durante a vida profissional, não só os relatos científicos, mas a experiência clínica também nos possibilitou evidenciar maior presença de cárie e doença periodontal em indivíduos com baixa renda e baixa escolaridade, condições econômicas e sociais também evidentes na população estudada na presente pesquisa.

Os dados referentes ao período da última consulta odontológica realizada demonstraram que 8 indivíduos informaram terem visitado o cirurgião-dentista há menos de 6 meses (20%), 8 relataram há 6 meses (20%), 6 indicaram o intervalo de tempo de 6 meses a 1 ano (15%), 7 informaram que o tempo foi de 1 a 2 anos (17,5%), 6 relataram há mais de 2 anos (15%) e 5 por não se lembrar de quanto tempo, não souberam informar (12,5%). Geralmente, indivíduos menos favorecidos economicamente, tendem a buscar o tratamento odontológico com menos frequência.

A busca por atendimento odontológico somente quando a saúde bucal estava insatisfatória e necessitava realizar procedimento especializado (tratamento endodôntico) foi relacionada à condição financeira (falta de recursos financeiros) por 29 indivíduos entrevistados (72,5%); ao medo do cirurgião-dentista e do tratamento odontológico foi relatada por 13 indivíduos (32,5%); por não ter tempo de ir ao dentista foi referida por 11 indivíduos (27,5%). A falta de acesso ao tratamento (morar longe) foi mencionada por 6

indivíduos (15%); por não ter conhecimento do estado de saúde da sua boca por 8 (20%); e outros motivos diversos foram mencionados por 5 (12,5%).

A falta de recursos financeiros relatada por 29 indivíduos (72,5%) como impedimento para o tratamento odontológico, está em conexão com a baixa renda familiar da maior parte dos entrevistados. É sabido que o serviço odontológico privado no Brasil representa um custo elevado para muitas pessoas e que os serviços públicos não alcançam a maior parte da população. Resende (2021) relatou que 09 em cada 10 brasileiros afirmaram que não tem condição de pagar por saúde de qualidade e acreditam que o sistema público de saúde está sobrecarregado. Desta forma, o cuidar dos dentes não se torna uma prioridade, sendo preterido em razão de outras necessidades básicas como alimentação, moradia, vestimenta, entre outros. Na verdade, a falta de cuidado com os dentes, não significa uma escolha, mas uma imposição. Para muitos indivíduos o tratamento odontológico gratuito da UNIVALE é a salvação para sua saúde bucal fragilizada, e muitas vezes é o local de primeiro contato com o cirurgião-dentista e seu universo.

Como já referido na seção de metodologia desta pesquisa, vale ressaltar a importância do atendimento odontológico da UNIVALE para a população do município de Governador Valadares e seu entorno. Por meio de suas clínicas escola são aproximadamente 45 anos prestando serviços gratuitos à comunidade, nas diversas especialidades, promovendo saúde e bem-estar para uma população carente de assistência odontológica de baixa à alta complexidade.

O medo do cirurgião-dentista e do tratamento odontológico, objeto desta investigação, apontado por 13 pacientes (32,5%) como fator primordial para a busca do tratamento somente quando a saúde bucal já estava insatisfatória, constata a premissa que o medo pode afastar o indivíduo do consultório odontológico ou diminuir sua frequência, e influenciar a procura por atendimento somente nos casos de dor ou desconforto.

Dos 13 entrevistados (32,5%) que verbalizaram o medo, o grupo foi composto por 12 mulheres e 01 homem. Este padrão heterogêneo, possivelmente retrata a questão cultural que o homem sempre teve mais dificuldade em admitir e expor suas emoções do que a mulher. O homem não se permite expor suas fraquezas publicamente com facilidade. Para Penteadó (2017) é evidente que socioculturalmente no Brasil as mulheres relatam de forma mais franca e abertamente seus sentimentos que os homens, inclusive o medo.

Pela vivência do pesquisador deste estudo durante o atendimento nas clínicas de Endodontia da UNIVALE, esperava-se que o medo fosse relatado por um número maior de entrevistados. Nas clínicas pode-se observar quase diariamente uma frequência de pacientes com sinais e sintomas de medo como sudorese, taquicardia, tremedeira, falta de ar, tontura, pressão arterial alterada, entre outros. Todavia, é possível compreender que ao relatar que a condição financeira seria a barreira para a procura de tratamento dentário, o paciente não está negando que tenha medo, pois esse também foi apontado pelo mesmo entrevistado. O medo pode ser sim, uma realidade, mas o participante deste estudo provavelmente evidenciou o fator que mais impacta sua vida, a baixa condição financeira.

Dos 13 entrevistados (32,5%) que indicaram o medo como uma das causas para a busca tardia do tratamento odontológico, uma mulher se mudou do município de Governador Valadares e outra adoeceu, não podendo continuar a participação na pesquisa. Assim, na segunda e terceira etapas da investigação participaram 11 indivíduos (10 mulheres e 01 homem) que descreveram os temas centrais das respectivas entrevistas: motivo do medo do tratamento odontológico e atitudes do cirurgião-dentista para minimizar esse medo.

A partir da Análise de Conteúdo foi possível conhecer a percepção dos entrevistados sobre as temáticas abordadas durante o tratamento odontológico: a) influência do medo na saúde bucal insatisfatória; b) principal motivo do medo do tratamento odontológico; c) experiências negativas vivenciadas durante o tratamento odontológico; d) consequências negativas geradas nas vivências decorrentes do medo do tratamento odontológico. Bem como, após o término do tratamento: a) relação entre o imaginário e o vivenciado no atendimento clínico; b) o conhecimento prévio sobre o tratamento odontológico e sua influência no medo; c) mudanças comportamentais percebidas após o tratamento odontológico; d) atitudes do cirurgião-dentista para diminuir o medo do tratamento odontológico.

A partir da categorização, ou seja, passagem dos dados brutos a dados organizados, reunimos as informações por meio de uma esquematização e assim correlacionamos as classes de acontecimentos para ordená-los. Valorizamos todas as informações das entrevistas, considerando a pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados. Em razão de fidelidade aos relatos, não foram realizadas alterações ortográficas ou

gramaticais nos discursos dos participantes. A partir da análise dos relatos surgiram categorias distintas para cada temática (Quadro 2).

Quadro 2- Temáticas e categorias de análise

TEMÁTICAS	CATEGORIAS
DURANTE TRATAMENTO	
1-Influência do medo na saúde bucal insatisfatória	Medo do cirurgião-dentista e fuga do tratamento odontológico
2- Principais motivos do medo do tratamento odontológico.	Medo do motor odontológico e da anestesia
3- Experiências negativas vivenciadas durante o tratamento odontológico	1-Procedimento de exodontia 2- Infecção pós-operatória
4- Conseqüências negativas geradas nas vivências decorrentes do medo do tratamento odontológico	1-Convívio social (Baixa autoestima, estética) 2- Perda da atividade laboral
APÓS O TRATAMENTO	
1- Relação entre o imaginário e o vivenciado no atendimento clínico	Melhor do que imaginado/Igual ao imaginado
2-O conhecimento prévio sobre o tratamento odontológico e sua influência no medo	Importância do conhecimento prévio sobre o tratamento odontológico
3-Mudanças comportamentais percebidas após o tratamento odontológico	Mudança comportamental positiva
4-Atitudes do cirurgião-dentista para diminuir o medo do tratamento odontológico	Humanização do atendimento odontológico

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

TÉMATICAS E CATEGORIAS QUE EMERGIRAM DURANTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Temática 1: Influência do medo na saúde bucal insatisfatória

Esta temática aborda os sentidos e significados que o medo do tratamento odontológico ocasionou na condição de saúde bucal insatisfatória dos indivíduos entrevistados. O medo do tratamento odontológico significa uma resposta do indivíduo ao

estresse referido à consulta clínica, e pode afetar de forma expressiva sua saúde bucal. Indivíduos com medo apresentam maior experiência de cárie, dor dentária e uma pior autopercepção de saúde bucal.

Os problemas com a saúde da boca vão muito além de somente sentir dor, pois costumam interferir na vida do indivíduo, pelo mal-estar gerado e também por questões estéticas. Alguns pacientes alcançam níveis de stress tão elevados que passam a ter comportamentos retraídos, acarretando em prejuízos no momento de socializar ou até mesmo procurar um emprego.

Categoria: Medo do cirurgião-dentista e fuga do tratamento odontológico

Em relação à influência do medo na saúde bucal insatisfatória, podemos destacar como elementos comuns em uma só categoria, o medo do profissional e a fuga do tratamento. Essa categoria demonstra como o medo ocasionou o distanciamento entre os participantes da pesquisa e o cirurgião-dentista, conseqüentemente, do tratamento odontológico. O temor da consulta provoca um quadro de apatia e afasta grande parcela da população dos tratamentos necessários. Esse comportamento produz patologias bucais mais graves, gera procedimento mais invasivos e desconfortáveis, aumenta o medo pré-existente, estabelecendo o ciclo do medo. Esta negligência com a saúde bucal pode levar a uma condição clínica insatisfatória, que causará impacto negativo na qualidade de vida dos indivíduos.

Indagados se o estado atual de sua boca poderia ser consequência de seu medo do cirurgião-dentista ou do tratamento odontológico, podemos evidenciar pelos relatos de alguns entrevistados que o medo foi responsabilizado pelo afastamento do tratamento e até perda de dentes.

Para a entrevistada 3 o medo foi preponderante para a condição de sua saúde bucal: “Sim, tem. Eu tenho porque sim, demorei a vir por medo. Tenho muito medo, medo da anestesia, né, é medo, mais é medo mesmo, então, foi se agravando, né, então hoje perdi vários dentes. O medo me fez ficar assim” (Entrevistada 3).

A interlocutora, de 53 anos, residiu até aos 20 anos na zona rural, e só após essa idade que conheceu um atendimento odontológico. Em nossa conversa, relatou que no passado não tinha hábito de higiene bucal e nem cuidado com os dentes, que sempre teve medo. Além de

dois dentes com necessidade de tratamento endodôntico, apresentou-se na clínica com ausência de alguns dentes anteriores e posteriores. Vaidosa, sofre com a perda de dentes. Nos contou que procurou um médico dermatologista em razão da face marcada (apontou para o local com um sulco profundo na face). O profissional esclareceu ser consequência da ausência de dentes. Este fato nos pareceu, que ajudou a entrevistada superar um pouco seu medo e buscar tratamento na UNIVALE, a fim de melhorar sua aparência.

Em seu depoimento, a entrevistada 6 considerou seu medo como um trauma e também destacou a perda de dentes: “Influenciado e muito, porque geralmente eu tenho muito medo de dentista. Melhorou bastante, mas eu tinha muito medo, que chegava a ser um trauma, e com isso fez que eu perdesse muito dente. E eu não tinha coragem de procurar um tratamento pelo medo, aí eu só procurava quando tava doendo, e já ia arrancar” (Entrevistada 6).

A entrevistada, além de ter alguns dentes com cárie extensa, tem o sorriso comprometido pela ausência de alguns elementos dentais. Ciente do estado não satisfatório de sua saúde bucal, a interlocutora enfatizou um complexo com seus dentes e o quanto fica inibida com sua aparência: “[...as vezes eu tô conversando e rindo, alguma coisa, aí vem na minha mente, nossa que coisa feia, você sem dente. Aí aquilo me fecha na hora”]. É a primeira vez que a interlocutora realiza tratamento odontológico na UNIVALE. Segundo a entrevistada, a obtenção da vaga para o atendimento clínico, a deixou muito feliz e elevou sua autoestima: “[...] só de falar que eu vou arrumar meus dentes, já melhorou muito minha autoestima. Eu vim prá aqui me ajudou muito...”].

A entrevistada 7 salientou a insegurança gerada pelo medo: “Sim, dentista dá medo da gente vir e saber que vai mexer alguma coisa, gera um medo na gente, uma insegurança” (Entrevistada 7). A interlocutora nos contou que mesmo sabendo da necessidade de um tratamento de canal, em razão do medo, levou um tempo para buscar atendimento especializado. Já tinha realizado um tratamento estético anterior em uma clínica particular, que demandou uma sessão longa de atendimento e ocorreu deslocamento da Articulação Temporomandibular (ATM) e isto fez aumentar seu medo. Entretanto, não suportando uma dor de dente intensa, buscou tratamento novamente, agora na UNIVALE.

Analisando a percepção das entrevistadas, pudemos certificar que o medo pode ser considerado um impedimento para à busca da assistência odontológica e realização do tratamento, e o quanto uma saúde bucal insatisfatória, além de resultar na perda de elementos

dentais, sensibiliza os indivíduos, interfere em suas emoções, vitalidade e autoestima. Devemos considerar que o fato das interlocutoras, enalteceram a dor e a mutilação, possivelmente seria porque essas variáveis historicamente estão ligadas a figura impiedosa do cirurgião-dentista perpetuada no imaginário popular. Por mais que a Odontologia tenha evoluído com técnicas menos invasivas e menos dolorosas, temos consciência que grande parte da população não tem acesso à esses avanços e na rotina da clínica odontológica, ainda convivemos com pacientes temerosos e a perda de dentes segue como uma sofrível realidade.

Temática 2: Principais motivos do medo do tratamento odontológico

A segunda temática explorada neste estudo evidenciou as causas/motivos preponderantes do medo do tratamento odontológico destacados pelos entrevistados. O consultório odontológico pode ser considerado um local que proporcione algum sentimento negativo ou seja, um fator causal de ansiedade e medo, possivelmente devido a uma suposta impotência e/ou estado de vulnerabilidade do indivíduo. Como cirurgião-dentista, durante o atendimento clínico, podemos perceber que o barulho da broca, os instrumentais, a anestesia, a nossa vestimenta, até mesmo o próprio ambiente são alguns fatores que fazem os pacientes se sentirem ameaçados.

Categoria: Medo do motor odontológico e da anestesia

Nesta categoria estão descritos os "instrumentos" utilizados pelo cirurgião-dentista durante seu processo de trabalho e que segundo os entrevistados acarretam medo durante o tratamento odontológico. Ao serem perguntados sobre o que mais fazia ter medo no consultório odontológico durante o tratamento, alguns entrevistados salientaram o “motor”, outros a anestesia, como traumatizantes, não só pela imagem ou som produzido, mas pela perfuração, pela dor que podem causar, o que reporta a um tratamento angustiante.

Para a entrevistada 6, o barulho do motor é tão marcante fica guardado em sua memória: “Aquele motorzinho que fica zoando na mente, aquilo ali é traumático, aquilo fica dentro da memória da gente, é o que mais apavora” (Entrevistada 6).

A entrevistada 7 que anteriormente já nos contou sobre um tratamento delongado que provocou deslocamento de sua ATM, além do motor e anestesia, destacou sua preocupação com o tempo de duração dos procedimentos: Sim, sinto medo do motor, sinto medo da anestesia, sinto medo do que vai fazer, o tempo que vai demorar, eu tenho esses medos” (Entrevistada 7).

Durante sua entrevista, a paciente 8 se mostrou muito falante e comunicativa, nos contou que por ter medo do tratamento, muitas vezes fugiu do cirurgião-dentista, e que no fim ficou triste, pois isto fez com que perdesse alguns dentes. Nos contou que gosta de viajar e dançar, e mesmo com medo veio buscar tratamento, pois agora teria que fazer canal em um dente anterior e não poderia chegar na casa de seus parentes com um “dente da frente com buraco”. Ao destacar a perfuração do dente pelo motor, sua fala demonstra a percepção do quanto é invasivo o tratamento odontológico.

“O motorzinho, o barulho do motorzinho me deixa com medo. Eu fico com medo do motorzinho que eu acho que eu vou sentir dor, eu acho que ele perfura, aí eu acho que vou sentir dor, aí eu vou com medo, do motorzinho mesmo” (Entrevistada 8).

Os achados da literatura e a vivência profissional, nos permitem ressaltar que o medo causado pelos instrumentais utilizados pelo cirurgião-dentista pode ser proveniente de uma experiência desagradável vivida pelo próprio indivíduo ou por pessoas próximas. Essa memória muitas vezes é difícil de ser apagada. Pode estar relacionada ao período de infância, mas acompanha a pessoa por toda vida adulta. Apesar do avanço tecnológico, a Odontologia por muito tempo foi marcada por instrumentais rudimentares, pesados, ligados a destruição, a dor e ao sangue.

Ainda se tem como agravante as veiculações na mídia, em charges, filmes, que retratam o cirurgião-dentista sádico, violento, atrapalhado, usando instrumentais de forma aterrorizante. A sala de espera do consultório, algumas vezes é retratada como um ambiente tenso, com repercussão dos sons provenientes dos procedimentos clínicos estressando os pacientes que aguardam o atendimento.

O chamado “motorzinho” consiste no uso da caneta com broca que funciona pela alta rotação de sua turbina por meio do ar comprimido. Este aparelho com um ruído estridente característico que pode ser irritante para muitas pessoas, é utilizado para cortar os tecidos do

dente, esmalte e dentina, para remover cáries, acessar o canal radicular ou realizar preparos restauradores. Usado em vários procedimentos na maioria das especialidades odontológicas, se torna quase impossível se submeter a um tratamento sem conviver com o temido barulho do “motorzinho”.

A tecnologia trouxe o motor elétrico como alternativa de uma caneta de alta rotação silenciosa. Com mais rotações por minuto, a caneta elétrica diminui a vibração do aparelho quando em contato com o dente, trazendo mais conforto para o paciente. Entretanto com um elevado custo em torno de R\$ 12.000,00 (Kavo®), este aparelho ainda não faz parte da realidade da grande maioria dos profissionais e tão pouco do serviço público do país. A população ainda por muito tempo vai conviver com o motorzinho que tanto teme. Cabe ao cirurgião-dentista por meio de seus argumentos preparar o paciente para aceitar com mais tranquilidade o uso da alta rotação, mostrando sua necessidade e benefícios para a saúde bucal, ou até se for necessário indicar o uso de tampão de ouvido durante o tratamento.

A ênfase dada por alguns entrevistados ao medo da anestesia, muitas vezes estava associada ao medo de sentir dor, ou ao medo da agulha, por reportar à situação desagradável vivenciada no passado com agulhas ou seringas.

Em sua fala, a entrevistada 3 não só evidenciou a anestesia, mas exaltou mais uma vez, o quanto é intenso seu medo pelo tratamento odontológico.

“A sensação que parece que a gente vai morrer. Sabe, quando eu deito na cadeira dum dentista e que coloca esses trens em mim, assim, eu sinto pânico, aí eu tenho medo, dá impressão que eu não vou voltar. Anestesia, ela incomoda porque eu tenho trauma, tenho pavor de agulha, então não gosto nem de ver. Então, o profissional que atende, não deixa nem eu ver, ele já sabe. O motorzinho incomoda um pouco” (Entrevistada 3).

A entrevistada 5 em quase todas suas colocações sobre o medo e tratamento odontológico, tinha uma história para contar e sempre relacionava a seus familiares, conforme exposto em sua fala abaixo sobre a anestesia.

“E o meu medo não é tanto em si pelo tratamento, é mais em relação à injeção, a seringa, porque quando eu era pequena, era meu avô, era minha mãe, que me aplicava vacinas, e aquilo doía prá disgramado, então, eu fiquei meio assim, com essas coisas. Sim com certeza” (Entrevistada 5).

Ainda complementando sua fala, a entrevistada 5 enalteceu que em razão do medo da dor, que a fez adiar a busca por tratamento, quase perdeu 04 dentes anteriores, por estarem frágeis e quebradiços. Nesta situação, também ficou preocupada com a estética: [... minha avó sempre falou uma coisa muito certa. A boca da gente, é o cartão de visita, né, e se você não pode tá, tá cuidando e tem aquele problema, como é que você vai sorrir, vai conversar com alguém” ...].

De acordo com a entrevistada 8, seu medo pela anestesia é devido a dor e em algum momento de seu curso de vida, quando superou esse medo, já foi tardiamente e teve o dente perdido.

“Sim, eu tenho muito medo do aparelho, da anestesia, por isso que eu as vezes não procuro o dentista, pelo medo mesmo. Eu acho que vai doer, aí eu, na minha cabeça eu fico com medo e as vezes eu não procuro, aí quando vou procurar, as vezes até perdeu o dente por medo” (Entrevistada 8).

Apesar da anestesia não ser aceita com facilidade pelos pacientes odontológicos, constitui uma prática necessária para bloquear a dor e trazer conforto ao usuário em diversos procedimentos. A aplicação da solução anestésica inibe os impulsos nervosos, dessensibilizando a região, permitindo uma intervenção mais tranquila.

Entretanto, a experiência clínica e os depoimentos reunidos neste estudo, nos permitiram observar que o medo da anestesia está relacionado ao receio de sentir dor no momento da aplicação e que a anestesia também é associada à vacina, à injeção, e agulha. Em razão do medo da agulha, muitas pessoas reclamam de fraqueza, tontura e chegam a ter ânsia de vômito ou desmaiar por falta de oxigenação no cérebro. A taquicardia, pressão alta ou baixa e tremores podem ser recorrentes. O medo e a vontade de se preservar, fazem a pessoa sentir-se sufocada. O medo de sentir dor e sofrer afastam as pessoas de situações que envolvem a agulha.

Quanto à anestesia local, o mercado já disponibiliza a anestesia eletrônica ou a caneta pressurizada, métodos que diminuem a dor do paciente em quase 100%. Contudo o custo elevado desses equipamentos em torno de R\$ 9.0000,00 (MORPHEUS®), também os afastam da população em geral. O pavor da anestesia, seja por medo da agulha ou medo da dor da injeção anestésica ainda vai acompanhar os indivíduos por muito tempo. Além do mais, as pessoas temerosas buscam o tratamento tardio e necessitam quase sempre de procedimentos invasivos que para sua execução precisam do bloqueio do nervo pela solução anestésica. Cabe ao cirurgião-dentista diminuir a exposição da agulha e da seringa carpule da visão do paciente, explicar sobre o procedimento a ser executado e os benefícios da anestesia e dominar a técnica de aplicação, minimizando a dor dos pacientes.

Temática 3: Experiências negativas vivenciadas durante o tratamento odontológico

Essa temática aborda a percepção dos entrevistados em relação aos fatores que podem gerar experiências negativas advindas do atendimento odontológico.

As pessoas não nascem com medo do cirurgião-dentista ou do tratamento, mas este pode ser adquirido ao longo do curso de vida, durante o processo de socialização. O medo do tratamento odontológico pode estar relacionado a uma experiência ruim ou traumática vivenciada pelo próprio paciente ou por pessoas próximas, como amigos e parentes. Geralmente está ligado à algum fato ocorrido na infância ou adolescência, mas pode perpetuar para a vida adulta. As experiências negativas no ambiente do consultório odontológico não se limitam ao medo da anestesia ou do motor de alta rotação e podem ser responsáveis pelo afastamento e recusa na procura de tratamento odontológico.

Categoria 1: Procedimento de exodontia

Nesta categoria destacamos alguns relatos que descrevem o procedimento de exodontia como uma experiência negativa vivenciada durante o tratamento odontológico.

A descrição da entrevistada 3, reafirma o quanto a busca tardia pelo tratamento odontológico pode causar danos irreversíveis, como a perda de dentes.

“Sim, tenho, eu fiz, eu fui, eu tinha uma dor de dente muito. É prá começar eu morava na roça, então na roça eu não tinha cuidado com os dentes. Não escovava os dentes, aquelas coisas. Quando eu comecei a tratar eu já tinha mais de 20 anos, e logo quando eu comecei eu perdi um dente. É quando eu fui tratar, eles arrancaram este dente, demorou seis horas, de lá prá cá eu tive trauma” (Entrevistada 3).

A entrevistada 8 nos fez recordar um hábito muito comum nas famílias brasileiras, que eram as extrações caseiras, feitas por próprios familiares, principalmente se tratando de dentes decíduos (chamados dentes de leite). Essa prática se aproxima do modelo empírico praticado na Odontologia do passado, ressaltando a falta de técnica apropriada e o padecimento do indivíduo. No caso, a entrevistada, não considerou a experiência como agradável, e a marcou muito negativamente, interferindo no seu comportamento até na vida adulta.

“Sim, eu por minha mãe rancar meu dente quando eu era criança, eu fiquei traumatizada, porque eu sentia dor, acho que o dente não tava muito mole, ela amarrava uma linha e puxou, aquilo me deixou traumatizada em rancar dente. Se fala que vai arrancar meu dente, eu já cheguei a ir embora prá casa com um dente todo cheio de anestesia por medo de arrancar. Eu tive, o dentista teve de passar um calmante prá mim voltar no outro dia pelo medo, se eu ver o alicate, eu levanto na hora e não sento mais, não tem jeito” (Entrevistada 8).

Nossa décima primeira entrevistada ficou 06 anos sem consultar com um cirurgião-dentista, e conseqüentemente teve a saúde bucal bastante prejudicada, com cáries extensas em vários dentes. Ela alegou que a parte financeira interferiu, mas o que realmente a faz fugir do tratamento, é o trauma, o medo que ela carrega desde a infância após uma extração dentária não muito bem sucedida.

. “[...Foi na infância, foi extrair o dente, esse dente inflamou, inchou muito, fiquei muitos dias sem poder alimentar direito, sentindo muita dor”] (Entrevistada 11).

As falas dessas entrevistadas evidenciaram o quanto experiências desagradáveis anteriores deixam uma má impressão que pode perpetuar o medo ao longo da vida dos indivíduos e ser impedimento para novas intervenções odontológicas.

Clinicamente a extração dentária causa certo desconforto, pois trata-se de um procedimento invasivo e estressante tanto para o cirurgião-dentista, quanto para o paciente. É importante que o profissional tenha experiência para execução desse procedimento, transmitindo segurança e tranquilidade para o paciente. Algumas vezes pode ocorrer imprevistos durante a extração dentária como hemorragia, fratura da raiz ou do osso alveolar e o profissional deve estar preparado para condução das intercorrências. Provavelmente uma extração que demanda tempo, que envolva um desconforto maior e sofrimento, pode deixar marcas nos indivíduos e posteriormente ser um fator dificultador para um tratamento odontológico.

Categoria 2: Infecção pós-operatória

Esta categoria destaca a infecção pós-operatória como uma vivência negativa experimentada durante o atendimento clínico.

A literatura nos mostrou que os primórdios da Odontologia dominados pelas ações dos barbeiros marcaram de forma negativa a impressão da população sobre os procedimentos realizados. A história nos mostrou técnicas precárias, instrumentos inadequados, falta de higiene e de anestesia, além de um verdadeiro show de horrores, com extrações em praças públicas, um espetáculo de mutilações. Os relatos de Brunetti (2011) enfatizaram que as pessoas eram expostas ao risco de infecções, muitas vezes fatais. Neste contexto, não é por acaso que ainda até hoje os pacientes possuem medo da dor e sofrimento em uma extração dentária e de agravamento do quadro por meio de uma infecção.

Observamos em alguns relatos uma experiência negativa relacionada à um quadro de infecção, ora vivenciada, ora relatada por parente ou amigo.

A paciente 2 nos contou que estava em tratamento endodôntico em uma clínica particular e ocorreu uma infecção no dente da intervenção. Assim, muita assustada e até com medo de morrer, procurou o atendimento na UNIVALE para resolver a situação e dar continuidade ao tratamento:

“Às vezes uma infecção pode se tornar uma coisa mais grave, aí ajuda o medo, igual eu tive, né, num tratamento de canal. Tive de tomar antibiótico e aí eu fiquei com bastante medo, e já ouvi casos de pessoas que já até morreram com infecção de dente.” (Entrevistada 2).

A paciente 4 muito temerosa do risco de infecção em seu dente, ressaltou a história da morte de um amigo em razão de um dente, possivelmente infeccionado. A relação da morte com a infecção dentária, provavelmente é uma herança histórica da Odontologia rudimentar do passado.

“Tenho um fato que não sei se é verdade, de “Primavera”, um amigo da gente que perdeu a vida diz que é por causa de um dente. Eu não sei, porque não tenho detalhes assim não, mas a minha menina conta que por causa de um dente que ele perdeu a vida. Então é a onde, quando meu curativo soltou que já tava no canal, eu fiquei desesperada por esse motivo, que não poderia ficar aberto e pegar uma infecção. Fiquei muito preocupada” (Entrevistada 4).

A paciente 5 associou um caso de iatrogenia (fratura de instrumento) no dente de sua mãe para destacar o medo da infecção dentária. Realmente é importante para o sucesso do tratamento, o conhecimento da técnica e uso correto dos instrumentais pelo cirurgião-dentista.

“Sim, é eu tenho experiências em casa, né, minha mãe, ela foi fazer um tratamento de dente, eu era menina, eu lembro muito bem a situação, que o dentista quebrou uma agulha no dente dela e tampou. Ficou lá e ela foi, isso foi inchando, e quando tirou, quase ela perdeu os dentes da boca todos” (Entrevistada 5).

As narrativas expostas demonstraram que possivelmente as entrevistadas ficaram apavoradas e com o medo mais aguçado diante de uma história pessoal de infecção dentária

ou de terceiros, devido ao fato de ser um quadro mais grave de contaminação e que já é do senso comum que uma infecção pode ocasionar danos irreversíveis para a saúde. Influências culturais negativas relacionadas a vivências de gerações passadas imprimem sua marca no inconsciente das pessoas e de acordo com o estímulo podem emergir na forma de sintomas estressantes.

Fatos ocorridos durante o atendimento clínico, como algum acidente causado por imperícia do profissional, ou um relacionamento conturbado entre o paciente e o cirurgião-dentista, podem fazer parte da história do indivíduo medroso. Entretanto, subjetivamente ele pode ser influenciado também pelo desconhecimento dos procedimentos, e de forma especial por relatos de situações desagradáveis vivenciadas por alguém de seu convívio. As pessoas tendem a valorizar muito e se espelhar nas vivências de quem confia, que pode ser um parente ou sujeito muito próximo.

Temática 4: Consequências negativas geradas nas vivências decorrentes do medo do tratamento odontológico

Nessa temática apresentamos as consequências negativas nas vivências dos entrevistados (aspectos sociais e laborais) que tiveram origem no medo do tratamento odontológico.

Para promover um atendimento mais confortável e harmonioso é importante que o profissional entenda a influência do medo sobre o comportamento do paciente diante do tratamento odontológico, e suas consequências tanto físicas quanto psicológicas. O cirurgião-dentista não deve somente se preocupar com a frequência irregular ou a interrupção do tratamento pelo paciente, deve também considerá-lo como um todo e atentar para o quanto a extensão dos danos causados pelo medo vai afetar seu dia a dia além do consultório odontológico, ou seja, refletir sobre em que medida o medo do tratamento odontológico influencia uma saúde bucal insatisfatória e interfere na vida dos indivíduos.

Todavia, Queiroz (2019) salientou que mesmo reconhecida a importância dos aspectos sociais, econômicos e psicológicos para determinação da doença, a Odontologia continua utilizando, quase que exclusivamente índices biológicos na avaliação, e determinação das necessidades de tratamento.

A utilização somente de índices biológicos é um fator limitante, pois não considera a subjetividade do indivíduo e não avalia a medida que a saúde bucal afeta sua vida diária. Sabemos que a aplicação de indicadores sociodentais, baseados na autopercepção e na avaliação das emoções envolvidas, possibilita modificar o caráter estritamente biológico dos serviços odontológicos e que o foco seja ampliado para os aspectos psicológicos e sociais.

Categoria 1: Convívio social (Baixa autoestima, estética)

Nesta categoria destacamos como consequência do medo do tratamento odontológico, a dificuldade do convívio social, proveniente de uma estética bucal insatisfatória e conseqüentemente pela baixa autoestima resultante. Nessa perspectiva é relevante considerarmos os conceitos de Vieira *et al.* (2021), em que a estética dental é importante para o bem estar social do indivíduo, já que a boca é o principal meio de expressão do ser humano. Nesse sentido, a adequação em um padrão estético aceitável, favorece o desenvolvimento do potencial humano, eleva a valorização pessoal, facilita as relações interpessoais, a inserção no mercado de trabalho, entre outros.

Ao serem indagados sobre quais conseqüências negativas foram geradas em sua vida por não procurar o tratamento para seus dentes em razão do medo, destacamos algumas respostas dos entrevistados:

O entrevistado 1, único homem do grupo da pesquisa relatou que há quase dois anos fez a última consulta ao cirurgião-dentista. Que o medo da broca e da anestesia sempre o fez se afastar do tratamento de seus dentes, mas quer tentar vencer esse medo, porque tem vergonha de seus dentes “estragados” quando abre a boca perto de outras pessoas: “Justamente o medo atrapalhou conversar com as pessoas, atrapalhou sorrir.” (Entrevistado 1).

Novamente ressaltamos o depoimento da entrevistada 6, devido à ênfase dada a sua inibição social em relação a situação de seus dentes:

“Às vezes eu tô na igreja também que eu mexo muito no meio de pessoas, eu fico muito em volta de pessoas, aí sempre acontece isso, aí eu me lembro assim, será que minha boca tá com mau hálito, será que tô com mau hálito. Aí eu penso,

nossa, mas se eu ri, e, ou vou tirar uma foto, ou uma coisa assim, aí eu penso assim, nossa eu tenho que ri devagar. Às vezes as pessoas cobram, ri, seu dente é tão bonito, mas aí eu falo assim, bonito? Com esse monte de falha, isto aí me faz muito, muito mal mesmo, eu me sinto, eu me sinto muito de baixo astral com isso aí” (Entrevistada 6).

Em sua conversa conosco, a entrevistada 7 reforçou que o medo foi o culpado por não cuidar de seus dentes e se diz muito incomodada com a aparência inadequada de seus dentes anteriores e que isto mexe muito com seu jeito de ser: “Eu tive medo de fazer minhas fotos, porque eu achei que ia aparecer nas fotos, os meus dentes que não estão consertados. Isto mexe com a gente, a ponto da gente querer usar máscara para não mostrar os dentes” (Entrevistada 7).

A entrevistada 9 nos detalhou que no passado ao fazer um tratamento de canal seu dente foi perfurado e foi muito traumatizante. Dessa forma ficou com muito medo, até de chegar perto de um cirurgião-dentista. Veio tratar na UNIVALE, tentando superar o medo, pois já teve de extrair dente por falta de tratamento e perdeu muitas oportunidades na vida:

“É realmente influencia muito, porque a gente deixa, é possibilidades passarem, as vezes a gente fica assim sem jeito de chegar num lugar, tá com os dentes com problema, e as vezes realmente, questão de estética, você fica com vergonha de falar, porque cê tá com o dente assim, ou outro, de jeito ou outro, a gente fica, a gente perde oportunidade na vida por falta de mais esclarecimento e também esse tratamento ser mais esclarecedor, né, quanto ao medo” (Entrevistada 9).

A partir do exposto, podemos perceber o quanto os entrevistados se sentiram retraídos por sua condição de saúde bucal insatisfatória procedente do medo, e o quanto a estética deficiente interferiu em suas relações sociais e certamente diminuiu a autoestima. Os relatos reproduzem a consciência que os entrevistados tem da importância de uma dentição saudável para sua imagem. Pela intensa valorização da aparência na sociedade atual, os indivíduos que não se adequam aos padrões de saúde bucal ideal podem ser julgados e estigmatizados, com

suas chances de inclusão social duramente subtraídas. Nessa realidade, a condição de saúde bucal pode ser uma expressão de caminhos de vida desiguais.

Possivelmente uma estética bucal insatisfatória com dentes desalinhados, manchados, cariados ou mesmo a ausência deles se faz presente no ciclo do medo. As pessoas tendem a ficar mais tímidas, receosas ao sorrir ou mesmo ao falar, tampar a boca com as mãos para esconder um sorriso desarmônico ou com falhas dentárias. Entretanto, a reabilitação da saúde bucal, vai além das questões estéticas. Os cuidados com os dentes previnem cáries e doenças periodontais, prolongam a resistência de suas estruturas, mantem normalidade de atividades diárias como mastigar, conversar, namorar, dormir, entre outras. Portanto, um sorriso saudável e harmônico aumenta a confiança do indivíduo na própria imagem, facilita a socialização, proporciona sensação de bem-estar, felicidade e estabilidade emocional.

Categoria 2: Influência na atividade laboral

Nesta categoria expomos a visão de algumas entrevistadas sobre a dificuldade em relação ao trabalho (entrevistada 3), perda de emprego (entrevistada 4) ou não poder participar de uma entrevista de emprego (entrevistada 8) como consequências negativas decorrente do medo do tratamento odontológico.

“O medo hoje está me prejudicando, porque eu demorei procurar e eu perdi um dente, estou com uma falha, eu perdi vários. Hoje me prejudica. Tá difícil porque eu trabalho, a mulher não libera, não gosta de liberar para eu vir. Igual hoje, eu tenho dentista, e só posso ficar até dez e meia. Está atrapalhando no meu trabalho” (Entrevistada 3).

“Não, eu na realidade, eu perdi o meu trabalho por causa do dente. Eu cuido de uma senhora, eu sou, cuidava da idosa. Aí toda quarta-feira quando eu chegava lá muito agitada, por causa da “anestesia”, nervosa. Um dia porque eu não voltei na parte da tarde, eu creio que ela me dispensou por esse motivo. Ela diz que não, mas é, eu tenho certeza que foi” (Entrevistada 4).

“Sim, eu perdi em uma época uma entrevista de emprego pelo meu rosto tá todo inchado, inchou muito por eu tá com medo de ir no dentista, achando que ele ia arrancar o dente, aí meu rosto ficou todo deformado e eu perdi uma entrevista de emprego na época, que eu acho que ia conseguir, eu perdi por vergonha que meu rosto tava inchado muito” (Entrevistada 8).

Pela explanação das entrevistadas é possível compreendermos toda angústia com as situações vivenciadas no trabalho relacionadas ao tratamento odontológico, ou por falta dele. Sabemos que algumas vezes os horários das instituições acessíveis para o tratamento dentário não são compatíveis com o trabalho, gerando conflito com o patrão, ou mesmo demissão, e que não é raro, a condição bucal agravada impedir aprovação em uma vaga de emprego.

A busca tardia pelo tratamento odontológico ou a falta de disponibilidade para sua realização fazem parte do ciclo do medo e podem gerar uma saúde bucal insatisfatória, que certamente pode comprometer o trabalho dos envolvidos. Possivelmente a reabilitação da saúde bucal restabelecerá a confiança das entrevistadas com sua imagem e proporcionará mais segurança para enfrentamento do mercado de trabalho tão acirrado nos dias atuais.

Os relatos das entrevistadas também nos reportam aos preceitos enfatizados por Pithon *et al.* (2014), dado ser um sorriso harmônico, importante no mercado de trabalho. Uma boa aparência bucal melhora o relacionamento com colegas e clientes, além de elevar as chances de aprovação em uma entrevista de emprego. Em cargos com atendimento direto ao cliente, não só a boa aparência de modo geral que é avaliada, um sorriso saudável pode ser um fator decisivo para a contratação. Para o universo dos Recursos Humanos e seus recrutadores, dentes saudáveis fazem o diferencial para as empresas, o sorriso é fundamental para a imagem do profissional.

ENTREVISTA APÓS O TRATAMENTO ENDODÔNTICO

Temática 1: Relação entre o imaginário e o vivenciado no atendimento clínico

Nesta temática abordamos as analogias produzidas pelos entrevistados em relação ao imaginário sobre o tratamento odontológico e o vivenciado no atendimento clínico. Essa

conformidade pode estar relacionada a aspectos físicos e subjetivos, produzidos e influenciados por fatores socioeconômicos e culturais, sendo, portanto, percebida de modo diferente entre indivíduos, sociedades e gerações.

Mesmo que a Odontologia contemporânea esteja buscando solidificar um tratamento mais humanizado, exercitando a escuta do paciente e explicações sobre os procedimentos, promovendo um atendimento mais tranquilo, nem sempre foi assim. Muitas pessoas ainda chegam ao consultório odontológico com medo resultante de ideias negativas e/ou desconhecimento dos procedimentos executados.

Categoria: Melhor do que imaginado/Igual ao imaginado

Descrevemos nesta categoria analogias positivas entre o imaginado e o vivenciado na clínica por alguns pacientes. Os entrevistados 1, 3 e 8 relataram que as imagens negativas que tinham em relação ao tratamento de canal foram desconstruídas após o atendimento clínico recebido. A superação das expectativas, provavelmente contribuiu para a segurança dos indivíduos e mais confiança no tratamento:

“Nossa, o que eu pensava era totalmente diferente, totalmente diferente. Achava que seria uma coisa dolorosa, um tratamento que..., cultura, todo mundo vem falando, ah! tratamento de canal é um bicho, não sei o quê, na hora que você vivencia é totalmente diferente” (Entrevistado 1).

“Assim, no começo eu tinha muito medo porque todo mundo falava que era uma coisa horrorosa, comia medo na gente. Quando eu cheguei aqui, a única coisa que incomodava é a anestesia, e incomodava muito. Eu achava que era absurdo e não é nada daquilo que você imagina, é só vindo” (Entrevistada 3).

“Foi melhor do que eu esperava, porque eu já fui com medo. Na primeira vez eu voltei porque minha pressão tava alta, porque eu fiquei com medo. Aí depois eu voltei mais tranquila e foi melhor que eu esperava, pelo menos eu não fiquei com tanto medo, eu me senti segura” (Entrevistada 8).

A prática clínica nos permite salientar que o tratamento endodôntico foi e ainda é um enigma para muitas pessoas. A maioria dos indivíduos não tem conhecimento sobre este tipo de intervenção ou apegadas às crenças errôneas, as pessoas idealizam o tratamento de canal como algo doloroso, que demanda tempo, escurece o dente e tem preço elevado.

O cirurgião-dentista não deve ignorar esses mitos e durante a clínica deve esclarecer ao paciente o passo a passo dos procedimentos endodônticos, enfatizando ser este tratamento o último recurso para cessar o mal-estar e manter o dente na cavidade bucal.

O tratamento endodôntico pode ser indicado para o dente que sofreu trauma dentário em caso de acidente físico ou que apresenta cárie profunda. Geralmente o paciente que necessita de tratamento de canal chega ao consultório odontológico amedrontado, receoso, estressado, com história de dor, em razão de uma inflamação irreversível da polpa dental ou infecção aguda. Cabe ao profissional buscar acalmar o paciente e informar que diferente dos recursos limitados do passado, a Odontologia atualmente conta com técnicas anestésicas mais potentes, que proporcionam sedação prontamente e equipamentos modernos que tornam os procedimentos mais rápidos. O cirurgião-dentista deve esclarecer sobre os benefícios e eficácia do tratamento para reabilitação e preservação do dente, e que este não altera a aparência natural do sorriso. Deve reforçar que sua ação vai proporcionar a reversão do quadro de dor, trazendo conforto e segurança para o paciente.

Temática 2: O conhecimento prévio sobre o tratamento odontológico e sua influência no medo

Com esta temática destacamos a importância do conhecimento prévio dos procedimentos odontológicos e sua influência no medo. Conforme o princípio de autonomia do paciente (LIPORACI; SANTOS; MAGRINI, 2018), o cirurgião-dentista deve informar ao assistido sobre todos os aspectos de sua doença, da conduta e dos riscos para que o indivíduo possa ter o direito de escolher que tipo de conduta terapêutica deseja ser submetido. O profissional deve realizar o tratamento centrado no paciente, incluindo empatia, sensibilidade e capacidade de resposta às necessidades, valores e preferências expressas por

cada paciente. A falta de informação sobre os procedimentos a serem realizados pode ser um fator causador do medo no ambiente odontológico.

Durante o atendimento clínico, nos diálogos com os pacientes, podemos perceber que atualmente, os indivíduos querem ser mais informados sobre os procedimentos que serão realizados. Buscam profissionais com capacidade técnica, mas também, desejam que o aspecto humano seja ressaltado nessa relação. Portanto, é preciso dar um significado mais humanístico à prática odontológica, pois, quanto mais o profissional compreende as pessoas que o procuram, mais positivo poderá ser o tratamento.

Categoria: Importância do conhecimento prévio sobre o tratamento odontológico

Nesta categoria foram analisadas as respostas dos entrevistados sobre a reação ao medo do tratamento odontológico se tivessem conhecimento prévio de como seria o atendimento.

Indagadas se o conhecimento prévio dos procedimentos influenciaria seu comportamento em relação ao tratamento, de forma comum, as entrevistadas 3, 6, 7 e 9 salientaram o quanto seria importante este tipo de informação.

“Ajudaria a diminuir o medo muito, ajudaria muito, eu não teria perdido o que perdi e hoje estava muito melhor” (Entrevistada 3).

“Demais da conta, demais da conta. Porque quando você chega que antes que a pessoa comece o trabalho ela te dá as orientações, te explica o que vai fazer, e principalmente o conversar, quando a pessoa conversa com você em uma linguagem que você entende, isso diminui o seu medo. Todos os meninos que eu passei por eles tiveram a delicadeza e atenção de tá conversando, tanto faz a gente conversar, ele me explicava o tratamento, me explicou o tratamento e tudo, então assim, isso me fez relaxar, me fez ficar mais confiante” (Entrevistada 6).

“Com certeza, eu viria até mais preparada psicologicamente para poder tratar o meu dente. Sim muito, muito, eu teria menos medo se eu tivesse sido mais esclarecida” (Entrevistada 7).

“Com certeza, eu acho que falta é isso de chegar o paciente e o profissional explicar realmente qual o procedimento, se é um procedimento que realmente vai ser doloroso, então passar mais segurança para o paciente, porque ele já senta na cadeira já assim tremendo, então assim se tiver uma conversa mais clara com o paciente para ele ficar mais tranquilo, e eu acho não ficaria tanto, a gente não carregava tantos traumas prá frente em relação a um canal” (Entrevistada 9).

Os relatos relacionados demonstraram a importância que tem uma conversa prévia, uma explicação antes do início do atendimento para que o indivíduo se sinta mais confiante, mais seguro, mais acolhido e conseqüentemente ocorra diminuição do medo do tratamento odontológico. A atenção dada ao paciente contribui para seu relaxamento, tranquilidade, sua cooperação, mas também para seu empoderamento e tomada de decisões.

O paciente nos dias atuais, mesmo que não tenha uma educação formal elevada, tem acesso fácil a informação por meio da internet e redes sociais. Este tipo de paciente é mais exigente, questionador, não tem uma postura passiva, e quer ser agente da sua história. É preciso que para o sucesso do tratamento, o profissional crie vínculo de confiança com seu paciente e haja sempre um diálogo entre eles.

Para que o diálogo seja bem-sucedido é importante que a empatia seja praticada. O cirurgião-dentista deve se ver no lugar do seu paciente e buscar compreender suas necessidades. Esta colocação poderá ajudar entender de forma mais clara os anseios do outro. Os esclarecimentos sobre o plano de tratamento, sobre os procedimentos que serão realizados e os benefícios que serão alcançados, reduziriam o caráter ameaçador do atendimento, diminuiriam a sensação de perigo vivenciada com o desconhecido, e conseqüentemente amenizariam o medo sentido. Com esse conhecimento o paciente se sentiria ouvido e respeitado, o que resultaria na assiduidade de sua frequência, interação com o profissional e resultados clínicos mais satisfatórios.

Temática 3: Mudanças comportamentais percebidas após o tratamento odontológico

Nesta temática descrevemos as mudanças de comportamento relatadas pelos entrevistados após o término do tratamento odontológico. Além dos vários fatores hostis inerentes ao tratamento odontológico, como os equipamentos e instrumentos, é possível que a sensação de ter parte de seu corpo físico invadida, leve o paciente a perceber a situação como ameaçadora. Portanto, a conduta do cirurgião-dentista influenciará nos comportamentos de medo e fuga de seus pacientes. Durante o tratamento odontológico, várias condições favorecem a resposta positiva do paciente, desde o ambiente como as atitudes do profissional. Um ambiente tranquilo, que não seja hostil, a interação e vínculo afetivo entre profissional e paciente são vitais para o sucesso do tratamento, mudanças comportamentais das pessoas assistidas, e até reversão dos quadros de aversão e medo.

Categoria: Mudança comportamental positiva

Nesta categoria podemos evidenciar a reação dos entrevistados em relação ao medo odontológico, após o tratamento concluído. Inqueridos se após a conclusão do tratamento foi percebida alguma mudança em relação ao medo, os estímulos positivos à mudança de comportamento em relação a esta emoção, estão intrínsecos às falas dos entrevistados, como a necessidade de ter o problema resolvido, a importância da intervenção para sua saúde, a compreensão dos procedimentos, a dedicação e receptividade dos acadêmicos durante o atendimento, a tranquilidade e segurança adquiridas. Como verificamos nas falas relacionadas a seguir, os indivíduos se sentiram acolhidos, beneficiados com o tratamento, despertando uma nova visão da clínica odontológica.

“Mudou tudo, o medo praticamente foi extinto, não mais medo, nenhum, nem aparelho, nem dentista, nenhum” (Entrevistado 1).

“Não, eu fiquei mais segura devido igual eu tô falando, a devido é, vamos supor, como os meninos estão ali, creio que são estragiários, não é isso, então assim, pelo eles serem estragiários, eles são assim uns meninos muito bons, muito, como que eu te falo, muito dedicado ao paciente, muito carinhoso, isso ajuda muito, a

ficar calma, ajuda demais, achei muito importante. Igual eu falei, se fosse para eu vir duas vezes por semana eu viria, porque é uma coisa que ajuda minha saúde bucal” (Entrevistada 4).

“Na hora que eu saí de lá, é a sensação de que eu saí é, foi o seguinte: não é tão feio quanto parece. Porque fazem tanto drama em cima de uma coisa. Primeiro a necessidade de ter que ser resolvido, então você tem que superar e encarar, então assim, o jeito, a forma de que age com você, te dá a segurança e tranquilidade de que você vai fazer algo que não é assim, te arrancar um braço, não é por aí. Dá mais segurança e muito. Me deu mais segurança” (Entrevistada 6).

“Sim, teve benefício, porque pelo medo que a gente tem de ir no dentista, a gente deixa o dente estragar muito, chega ao ponto de perder. Agora eu tô mais tranquila, eu ainda tenho medo, mas não tem o medo que eu tinha, agora eu tô mais tranquila, ajudou muito a diminuir” (Entrevistada 8).

Pelos relatos dos entrevistados percebemos ser essencial que o cirurgião-dentista faça uso de intervenções que ajudem o paciente a adquirir e manter a saúde bucal, bem como a enfrentar o atendimento odontológico com um mínimo de estresse. Entretanto, para que o profissional possa implementar estratégias que minimizem o estresse comumente gerado pelo tratamento e pelo ambiente do consultório, é necessário o conhecimento e aplicação de instrumentos e condutas de manejo do estado emocional e que possibilitem estabelecer uma adequada relação com o paciente.

A experiência dos pacientes reflete sua percepção sobre as interações vivenciadas durante o atendimento, ou produto e serviços recebidos. Na rotina da clínica constatamos que se o paciente tiver experiências agradáveis em um ambiente odontológico, é muito provável que tenha aderência ao tratamento, credibilidade no profissional, e satisfação com o atendimento. Todos esses sentimentos representam reforço positivo e serão fundamentais para que o comportamento arredo do paciente seja modificado e seus temores sejam dissipados.

Vale ressaltar que os participantes da presente pesquisa representam uma pequena parcela da população. Que os resultados obtidos são indicadores de que a reversão do medo é possível, mas muito ainda tem que ser feito para que uma população maior seja beneficiada. É necessário que o profissional também modifique seu comportamento em relação ao paciente. Que à sua visão tecnicista seja acoplada a visão holística do indivíduo. Que o cirurgião-dentista saiba identificar comportamentos indicadores do medo e estabeleça abordagens metodológicas e até farmacológicas adequadas que conduzam a um atendimento mais seguro, estável e tranquilo e estabeleça a compreensão e aceitação dos procedimentos mais facilmente pelos usuários, chegando até alcançar uma mudança de comportamento de seu paciente.

Neste processo é relevante ressaltar o respeito a subjetividade dos assistidos. Cada pessoa tem a sua história, suas necessidades e suas expectativas. É importante também o entendimento de que a mudança de comportamento é construída e as vezes demanda tempo. Esta mudança não é linear, mas cíclica. É preciso identificar para cada paciente, quais são os estressores do tratamento odontológico e criar estratégias de resiliência para enfrentar esses obstáculos.

Temática 4: Atitudes do cirurgião-dentista para diminuir o medo do tratamento odontológico

Nesta temática são apresentadas as estratégias/atitudes utilizadas pelo cirurgião-dentista para amenizar o medo do tratamento odontológico. Dentre essas é primordial incluir a visão holística do indivíduo, ou seja, atendê-lo em sua totalidade de forma humanizada e com escuta. Essas atitudes transmitem calma e confiança aos pacientes fóbicos, permitem a criação de um vínculo entre o paciente e o profissional, facilitando o atendimento. O relacionamento empático assegura ao conceito de cuidar, o sentido de refletir, pensar, interessar-se por, preocupar-se, considerar o outro.

Categoria: Humanização do atendimento odontológico

Em seus depoimentos os pacientes participantes da pesquisa tiveram a oportunidade de expor o que achavam que pode ser feito pelo cirurgião-dentista que ajudaria a diminuir ou

mesmo acabar com o medo do tratamento odontológico. Como podemos verificar, a conversa entre paciente e profissional foi a tônica das falas coletadas, ressaltando a importância do diálogo:

“Eu creio, igual tô dizendo, é o modo de ser tratado, isto ajuda muito a pessoa. Quando é um dentista assim, carinhoso, atencioso, prestativo ao paciente, isto ajuda muito. Igual eles me deram toda liberdade, me deram o zap deles, a gente conversa, então com isso me senti mais segura” (Entrevistada 4).

“Olha, no caso meu, tô falando aqui da clínica, até então, porque todos que passei por eles são muito atenciosos, mas é isso aí mesmo, é a conversa, não é chegar e porque, geralmente a pessoa chega ali, tô trabalhando e nem olha prá você. E aqui não, eu tenho visto isto, eles conversam entre si, conversam com o professor, mas também dá atenção prá gente, e essa preocupação dá muita segurança prá gente. Esta preocupação, o acolhimento das pessoas ajuda muito a melhorar, ajuda muito a diminuir o medo, a gente fica mais seguro, menos temeroso” (Entrevistada 6).

“Eu acho que se chegar e explicar que que ele vai fazer, conversar, falar: olha, eu vou abrir seu dente, vai ser feito isto, vai doer, falar a verdade, ser um pouco mais humano com a gente, é o que eu gostaria” (Entrevistada 7).

“É conversar, igual ele conversou comigo, é, fala assim, ah não vai doer, quando vai dá anestesia fala: oh, você vai sentir só uma picadinha. Quando tá fazendo o tratamento, ele fala, se sentir dor, cê arriba a mão. Então, isso já é um incentivo prá gente ter coragem prá continuar. No meu ponto de vista melhorou muito, eu senti bastante segura” (Entrevistada 8).

A conversa, o acolhimento, ser mais humano, atenção, carinho, a preocupação com o outro, estes foram os anseios verbalizados pelos pacientes em relação as atitudes do cirurgião-dentista durante o atendimento clínico. Além da vontade de serem ouvidos, os entrevistados chamaram atenção para um comportamento mais atencioso, cuidadoso do profissional, ser um estímulo para continuidade do tratamento, promover a diminuição do medo e também deixá-los mais seguros e valorizados.

Esta carência de atenção por parte dos pacientes, é compreensível. A Odontologia tem um longo passado de atendimento técnico, curativista, com certa frieza dos profissionais em relação ao paciente. Isto pode ser devido à formação acadêmica tecnicista, estendendo essa prática para o mercado de trabalho. A concepção de humanização na Odontologia veio para interromper esse ciclo e proporcionar atenção completa ao indivíduo.

Independente do serviço ser público ou privado, as pessoas nos dias de hoje clamam por um atendimento humanizado na área da saúde. As pessoas não querem ser mais uma na fila de espera, elas querem se sentir valorizadas, únicas e especiais. Para isto o cirurgião-dentista deve envolver o paciente na reflexão sobre o tratamento que vai ser realizado em sua boca. O usuário tem que ser um coautor desse processo. As inseguranças e os medos do paciente devem ser compreendidos e seus desejos respeitados. Esta abordagem ajuda minimizar as tensões, e os medos e aumenta o vínculo afetivo entre o profissional e paciente. Esse processo às vezes demanda tempo, e envolve mudança de comportamentos, valores e cultura.

O atendimento humanizado se refere à atenção em saúde que visa respeitar a dignidade e os sentimentos dos pacientes de uma maneira mais direta e objetiva. Segundo Ferreira (2005), esse conceito surgiu pós segunda guerra mundial, em contraste aos procedimentos cruéis sofridos pelas pessoas nos campos de concentração, com a implementação da missão hospitalar de servir a toda comunidade, ou seja, um caráter de universalidade.

No Brasil, no Sistema Único de Saúde (SUS), a humanização se transformou em uma política nacional em 2003, com o intuito de promover um atendimento acolhedor e resolutivo, em que os profissionais foquem mais no ser humano, e menos em técnicas e doenças. O acolhimento deve ocorrer em todas as etapas do serviço, não somente na primeira consulta.

O acolher é receber bem, é escutar com atenção, valorizar as particularidades do indivíduo e ser solidário a ele (BRASIL, 2013).

Importante salientar que os pacientes das clínicas de Endodontia da UNIVALE que foram entrevistados nesta pesquisa, ressaltaram a importância do acolhimento e humanização do processo, porém, também externaram a satisfação com a conversa dos alunos e as explicações recebidas, e a segurança adquirida. Esta explanação indicou que provavelmente durante a prática clínica na disciplina de Endodontia estejam despontando nos acadêmicos atitudes acolhedoras significativas para o atendimento humanizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Importante para a sobrevivência das espécies, primordial para os humanos, a emoção medo representa um estado de alerta que leva ao confronto ou fuga de alguma ameaça à segurança ou a vida. Em suas diversas dimensões, o medo compromete a relação do sujeito com a realidade que o cerca, podendo até impedir a convivência com o objeto que o provocou.

Presente em todas as fases do curso de vida humana, as características de proteção e defesa do medo, mas ao mesmo tempo de impedimento e obstáculo, tornam instigante o estudo dessa emoção. Marcadamente evidente no universo odontológico, o medo delineou os caminhos da presente pesquisa. O medo do paciente em relação ao tratamento odontológico configura para muitos indivíduos como um fator limitante para a saúde bucal satisfatória. É uma mistura complexa de fatores psicológicos e físicos que emerge de um todo preenchido por um conteúdo histórico, social e cultural que culmina com uma visão distorcida e aversão das pessoas ao cirurgião-dentista, ao cuidado das alterações na cavidade bucal, engendrando um problema de saúde pública.

Para compreender a significativa presença do medo na Odontologia, sua influência e consequências, foi preciso um mergulho na história da Odontologia, no imaginário popular da figura do cirurgião-dentista, na emoção medo e sua influência no tratamento odontológico.

Nesta tese, a retrospectiva da literatura por meio de uma linha do tempo desde seu surgimento até a contemporaneidade, possibilitou vislumbrar que a Odontologia percorreu um longo caminho até alcançar a fase científica e tecnológica e oferecer um atendimento criterioso e de qualidade.

Mesmo quando não era considerada ciência, mas Arte Dentária, a Odontologia sempre acompanhou o ser humano. Desde a pré-história, sempre se buscou instrumentos ou medicamentos para sanar as enfermidades da cavidade bucal, ou aliviar a dor de dente. Entretanto, a forma empírica, atrelada ao misticismo, as credices populares, ao rudimentarismo e mutilações, fez que se criasse uma áurea de pavor em torno dos procedimentos odontológicos e o cirurgião-dentista fosse visto como um carrasco.

No Brasil, a Odontologia não é um produto acadêmico, nasceu nas ruas e foi abarcada pela academia. A visão do barbeiro, do “tiradentes” e seus espetáculos sanguinolentos de extração dentária em praça pública perpetuou-se no imaginário da população. No que tange o senso comum, as imagens de dor, medo, estresse e sofrimento experienciadas por gerações passadas, são associadas ao tratamento odontológico até os dias de hoje. Esse registro não surpreende, afinal o longo período de empirismo, deixou marcas profundas que interferiram na construção do perfil da Odontologia enquanto ciência e promotora de saúde.

Para reforçar a imagem negativa, ainda temos a atuação da mídia, e em especial, as mídias virtuais, grandes propagadoras de ideais. Não se pode negar a influência que a televisão, cinema e internet exercem sobre as pessoas. Esses veículos promovem expressiva absorção e reprodução de comportamentos em várias camadas da sociedade. Em relação à Odontologia, a mídia em geral apresenta desvios de potencial educativo e formativo. O cirurgião-dentista ainda é estereotipado como um vilão e o ambiente odontológico cercado de angústia, violência e biossegurança precária.

Quando não estão expondo elementos fóbicos ligados ao tratamento odontológico, grande parte da mídia, na contramão da promoção de saúde preconizada nos cursos de Odontologia e dos programas de atenção e educação para a saúde institucionalizados pelo SUS, se voltam para um sucesso apelativo da profissão, com terapias de resultados duvidosos, caráter mercantilista, tecnologias de ponta, nem sempre acessível à todos, modelo de sorriso ideal e estética facial.

Entendemos que a veiculação pela mídia de elementos relacionados à Odontologia necessita de vários avanços, visto que os paradigmas que se referem a imagem do cirurgião-dentista acarretam danos no cenário de promoção de saúde bucal, sendo desfavorável tanto para a sociedade quanto para a classe odontológica.

Alinhando a repercussão da imagem da Odontologia mostrada pela mídia com a formação do cirurgião-dentista e sua atuação profissional, fica evidente a necessidade da participação de vários setores para a desconstrução da imagem negativa do tratamento odontológico perante a população. O cirurgião-dentista só vai deixar de ter sua imagem satirizada, se a própria classe impor estratégias que valorizem sua ação promotora de saúde, que informem a população que a prevenção e a intervenção precoce possibilitam um tratamento mais confortável, tranquilo, mais rápido, afastando os “fantasmas” da dor, do medo e do sofrimento que persistem em relação ao atendimento.

As representações do Conselho Federal de Odontologia (CFO), do Conselho Regional de Odontologia (CRO) e Associação Brasileira de Odontologia (ABO) junto com os cursos de Odontologia, deveriam implementar campanhas que evidenciassem a figura do cirurgião-dentista como um agente de saúde e de bem-estar para a população. As políticas públicas de saúde bucal no âmbito do SUS também deveriam ser mais divulgadas e ter o acesso ampliado, tanto na atenção básica como na atenção especializada, garantindo para os brasileiros promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal. Essas ações provavelmente estariam contribuindo para dissipar a figura mutiladora do cirurgião-dentista, sua atuação somente clínica, e a minorar o medo diante do tratamento odontológico.

Destacamos que a responsabilidade dos cursos de Odontologia vai além da promoção de campanhas educativas contra o medo do tratamento. Como salientado por Lima; Souza (2010), é importante a capacitação dos futuros profissionais para o acolhimento da subjetividade dos pacientes, com o objetivo de obter-se comportamentos mais colaborativos, com maior resolutividade no atendimento. Entretanto como evidenciado por Mota; Farias; Santos (2012), os cursos de Odontologia, mesmo voltados para a Saúde Coletiva, vivenciam dificuldades em formar valores humanos em seus egressos, só conseguindo capacitar aqueles já mais sensíveis às questões sociais para atuarem nesse campo. A Instituição de Ensino encontra dificuldades para alcançar esse objetivo, porque princípios morais e afetivos são inerentes a formação do indivíduo. Contudo a Instituição pode reforçar esses valores, o que aprimora o trato e o cuidado com os assistidos clinicamente, e este acolhimento gera mais confiança, o que possivelmente traria maior relaxamento ao paciente, menos estresse e medo.

A legislação vigente das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2021) do curso de Odontologia indica a humanização como essencial para a formação do cirurgião-dentista,

e para sua prática profissional. Esta premissa deve ser observada e efetivada pelas instituições de ensino. Contudo, entendemos que essa obrigação não deva recair somente sobre as disciplinas de Saúde Coletiva e Psicologia componentes da matriz curricular. Consideramos importante que a disseminação desse conceito ocorra em todas disciplinas clínicas do curso. A compreensão do estado emocional do paciente, valorização dos elementos subjetivos, culturais e sociais, a visão do paciente como um todo, a busca por um atendimento mais estável e com mais afetividade deveriam ser prerrogativas repassadas aos discentes com mesma ênfase dos conhecimentos científicos e tecnológicos. O medo do tratamento odontológico parece que ainda vai acompanhar as pessoas por um longo tempo, mas quanto mais cedo forem adotadas estratégias para atenuar a incidência dessa emoção durante os procedimentos clínicos, mais efetividade e sucesso poderão ser alcançados por acadêmicos e profissionais da Odontologia em suas intervenções.

Futuramente, é possível que mesmo de forma mais lenta possa ocorrer diminuição da associação do medo ao tratamento odontológico, pela influência de alguns fatores como o maior alcance de novas tecnologias com abordagem clínica menos dolorosa; a humanização dos serviços públicos e privados; e a busca mais frequente dos pacientes por informações sobre os procedimentos odontológicos, o que contribui para redução do medo ao desconhecido. Santolaya (2020) ressaltou que as pessoas atualmente estão mais interessadas em assuntos sobre saúde e buscam rapidamente informação sobre termos médicos e científicos na internet. O paciente tornou-se mais criterioso e exigente em relação a qualidade do atendimento, buscando uma relação de confiança com o profissional. Rotineiramente, durante a anamnese podemos perceber que muitos pacientes que buscam o atendimento nas clínicas odontológicas da UNIVALE já apresentam este novo perfil.

Nesta pesquisa podemos considerar como limitação a falta de publicações na literatura com objetivos e metodologias similares que pudessem servir como parâmetro comparativo para nossos resultados. As poucas publicações que ressaltam o comportamento e sentimentos consequentes do medo do tratamento odontológico se limitam a sites de empresas ou blogs pessoais, não consistindo referências científicas indexadas em banco de dados para pesquisa acadêmicas, o que faz termos poucos parâmetros de comparação de resultados.

Ressaltamos também o pequeno número de pacientes entrevistados, e o universo particular do qual fazem parte, somente usuários da clínica escola da UNIVALE, o que dificulta uma generalização de nossos achados. Entretanto, a consistência das reflexões geradas, nos mostrou resultados muito significativos e indicadores de percursos que favorecem o entendimento do medo do paciente em relação ao tratamento odontológico e possíveis ações atenuantes desse medo.

A hipótese principal sustentada nesta tese de que o medo influencia a qualidade da saúde bucal dos indivíduos e interfere nas suas vivências, pode ser validada pelas respostas dos usuários entrevistados. As sessões das entrevistas ocorreram com tranquilidade, os participantes foram colaborativos, não houve resistência às perguntas e não registramos nenhum constrangimento durante nossa interlocução. De uma forma simples, com um linguajar espontâneo, mas preciso e transmitindo verdade na fala, os pacientes discorreram sobre o medo afetar sua saúde bucal. Apontado como um dos fatores de impedimento ao tratamento de seus dentes, o medo e seu alcance foram percebidos pelos assistidos.

Os indivíduos participantes deste estudo compreenderam que o medo influenciou de forma negativa a qualidade de sua saúde bucal, conseguiram indicar o principal estressor do tratamento no ambiente clínico, as experiências traumatizantes, os danos físicos causados pelo medo do tratamento, mas também trouxeram à tona determinantes emocionais e sociais consequentes do ciclo de medo em que se viram envolvidos.

A análise da autopercepção expressa pelos entrevistados nos proporcionou alcançar respostas para nossa pergunta de tese: “Em que medida o medo do tratamento odontológico influencia uma saúde bucal insatisfatória e interfere na vida dos indivíduos”? De que modo? Até que ponto? Pode se dizer que de uma forma significativa e contundente. Primeiramente os pacientes assumiram o medo do tratamento, e em seguida deram a esta emoção a sua devida importância no estado insatisfatório da saúde bucal. Foi enfatizado que o medo foi um fator negativo relevante, afastando-os do tratamento, resultando em perdas dentárias, dor e insatisfação com a aparência.

Em relação ao ambiente odontológico, mesmo tendo sido relatado objeção à figura do cirurgião-dentista, os pacientes ressaltaram a anestesia e o “motorzinho” como os fatores que mais causam medo, afastando-os do atendimento clínico. Nota-se que tanto o ato de anestésiar como o uso do motor estão relacionados com perfuração, com ferida, o que

prontamente é associado a dor. As pessoas podem em algumas situações ter tolerância a dor, mas esta não é uma sensação confortável. A dor por sua vez é a representação do sofrimento, da tortura, associações ainda presentes no imaginário da maioria das pessoas quando se fala em tratamento odontológico. Estas analogias, tornam compreensível a eleição da anestesia e do “motorzinho” como os desencadeadores mais expressivos do medo do tratamento odontológico.

Os entrevistados também registraram que além de prejudicar a saúde bucal, o medo do tratamento odontológico também impactou suas vivências, gerou baixa autoestima, dificultou as relações sociais e a convivência em grupo, obstruiu oportunidade de emprego ou mesmo influenciou a destituição do vínculo empregatício. Com essas consequências do medo, constatamos o quanto essa emoção pode desestabilizar a relação do indivíduo com a realidade a sua volta. Inerente à condição humana, o medo apresenta implicações físicas, relacionais, sociais e psicológicas.

Contudo, cientes dos efeitos do medo na saúde bucal e em suas vivências, nesta pesquisa os participantes indicaram que o conhecimento prévio dos procedimentos do tratamento e o atendimento humanizado seriam fatores facilitadores da diminuição do medo e adesão ao tratamento. A relação entre o cirurgião-dentista e seu paciente é cercada por expectativas, o indivíduo espera alívio e solução para o problema que o aflige. Por outro lado, o profissional espera sucesso em sua intervenção e reconhecimento.

Para que esta relação aconteça de forma harmônica é preciso que se estabeleça uma comunicação clara e efetiva desde a primeira consulta e que seja consolidada durante todo o processo. Os direitos e deveres do paciente devem ser determinados, mas o cirurgião-dentista embasado pelos conhecimentos técnicos e pela ética deve respeitar as necessidades do paciente, compreender seus medos, manter uma atitude empática, ser paciente, atencioso, transmitir segurança e dialogar com seus assistidos. Acontece que durante a prática clínica, a maioria das vezes os pacientes não têm noção alguma dos procedimentos que serão realizados em sua boca. As pessoas gostam de fazer parte do processo e sentir que o profissional se interessa por elas. Ter informações esclarecedoras sobre a conduta clínica a ser adotada pelo cirurgião-dentista, certamente diminui o receio do paciente, acalma, controla o medo e consolida uma relação de sinceridade, confiança e lealdade.

É importante que se reconheça o medo do tratamento odontológico e se tenha compreensão de sua influência na saúde e nas vivências dos indivíduos. Esse tipo de entendimento irá ajudar a minimizar as consequências negativas do medo e viabilizar medidas preventivas. Neste contexto é preciso emergir um cirurgião-dentista proativo que vise o cuidado com as emoções envolvidas no atendimento e seus direcionamentos, tenha um olhar diferenciado sobre o paciente, promova a valorização do ser humano, e estabeleça atitudes voltadas para a qualidade de vida.

Acreditamos que uma prática clínica sensibilizada com as necessidades e temores individuais dos pacientes, ajuda a desconstruir a figura de “algoz” do cirurgião-dentista, eleva sua imagem e credibilidade, melhora o ambiente de trabalho, torna mais leve a relação entre os participantes do processo, potencializa o tratamento, aprimora a qualidade do serviço e facilita a cura em menor tempo. Mesmo se valendo das tecnologias para resolução dos problemas, o atendimento deve ser focado no indivíduo.

Segundo Bauman (2008), em uma época extremamente carente de certezas, proteção e segurança, os medos são muitos e indissociáveis da vida humana. Provavelmente o medo ainda fará parte do universo da Odontologia por muito tempo, e seu vasto campo de estudo não se esgota neste trabalho de tese. Relevante tópico de pesquisa para a Odontologia, as implicações sociais e culturais também delinearão o medo como uma temática de importância para as Ciências Humanas.

A experiência clínica nos aproximou do medo dos pacientes e sensibilizados por seu alcance, o tomamos como objeto de estudo. Por mais que já tenhamos testemunhado episódios de medo dos indivíduos em tratamento odontológico, a investigação proporcionada por esta tese ampliou nossos conhecimentos, revelou nuances antes não percebidas, sinalizou caminhos que com certeza fortalecerão nossa atuação clínica e acadêmica no processo de humanização do atendimento e minoração do sofrimento dos pacientes causado pelo medo.

REFERÊNCIAS

- ALSHORAIM, M. A. *et al.* Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study. **BMC Oral Health, London**, v. 18, n. 33, p. 1-9, 2018.
- ARMPFIELD, J. M.; HEATON, L.; J. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. **Australian Dental Journal**, n. 58, n. 4, p. 390-407, 2013.
- ATRAN, S.; MEDIN, D. L.; ROSS, N. O. The cultural mind: Environmental decision making and cultural modeling within and across populations. **Psychological Review**, Los Angeles, v.112, n. 4, p. 744-776, 2005.
- BACCHINI, B. Pesquisa indica que 16 milhões de brasileiros vivem sem nenhum dente. **Agência Brasil**, 2018. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-08/pesquisa-indica-que-16-milhoes-de-brasileiros-vivem-sem-nenhum-dente>. Acesso em: 13 jan. 2021.
- BAILER, C.; TOMICH, L. M. B.; D'ELY, R. C. S. Planejamento como processo dinâmico: a importância do estudo piloto para uma pesquisa experimental em linguística aplicada. **Revista Intercâmbio**, São Paulo, v. 24, p. 129-146, 2011.
- BAKER, R. **Ataques de medo e pânico**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- BALBINOT, S.; SEHNEM, S. B. Medo? De quê? **Psicologado**. 01/2015. Disponível em < <https://www.psicologado.com.br/atuacao/psicologia-da-saude/medo-de-que> >. Acesso em: 10 mar. 2020.
- BAPTISTA, A.; CARVALHO, M.; LORY, F. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. **Psicologia**, Lisboa, v. 19, n. 1-2, p. 267-277, 2005.
- BARBOSA, L. L. R.; IKEZIRI, M. **A história da prótese dentária**. 2016. 17 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Faculdade São Lucas, Porto Velho, 2016.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro. São paulo: Edições 70, 2016. 279 p.
- BARLOW, D. H. **Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic**. 2. ed. New York: Guilford, 2002.
- BARRAS, C. How our ancestors drilled rotten teeth. **BBC Earth**. 2016. Disponível em: <http://www.bbc.com/earth/story/20160229-how-our-ancestors-drilled-rotten-teeth>. Acesso em: 23 nov. 2020.

BATISTA, T. R. M. *et al.* Medo e ansiedade no tratamento odontológico: um panorama atual sobre aversão na Odontologia. **SALUSVITA**, Bauru, v. 37, n. 2, p. 449-469, 2018.

BAUMAN, Z. **Medo líquido**. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. 181 p.

BAYMA, P. T. As novas tecnologias a serviço da Odontologia. **Revista Saúde News Nordeste**, 2017. Disponível em: <http://www.revistasaudenewsnordeste.com.br/as-novas-tecnologias-a-servico-da-odontologia/>. Acesso em: 03 ago. 2020.

BOTEGA, F. Santa Apolônia: a padroeira dos dentistas e toda sua fé. **Odontoblogia**. Blog de Odontologia. 2015. Disponível em: <https://www.Odontoblogia.com.br/santa-apolonia-padroeira-dentistas/>. Acesso em: 5 maio 2020.

BOTTAN, E. R. *et al.* Relação entre ansiedade ao tratamento odontológico e fatores sociodemográficos: estudo com adultos em Santa Catarina (Brasil). **SALUSVITA**, Bauru, v. 34, n. 1, p. 57-70, 2015.

BOTTAN, E. R.; OGLIO, J. D.; ARAÚJO, S. M. de. Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes do ensino fundamental. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 7, n. 3, p. 241-246, set./dez. 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. **Resolução n. 3**, de 21 de junho de 2021. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde - Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 116 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 5 maio 2020.

BRUNETTI, R. F. Os caminhos da Odontologia através dos séculos e os rumos para o futuro. **Revista Portal de Divulgação**, n. 10, p. 31-36, maio 2011. Disponível em: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>. Acesso em: 14 fev. 2020.

BUSATO, P. *et al.* Influência da ansiedade materna na ansiedade infantil frente ao atendimento odontológico: estudo transversal. **São Paulo Med J.**, v. 135, n. 2, p. 116-22, 2017.

CARVALHO, C. L. A transformação no mercado de serviços odontológicos e disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 13, n. 1, p. 55-76, jan./mar. 2006.

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

CAVALCANTI, S.; GONNELLI, F.A.S.; DO CARMO, E.D. Utilização da simulação realística como ferramenta pedagógica para desenvolver habilidades comportamentais de empatia e humanização na educação em Odontologia. **Atas de Ciências da Saúde**, v. 9, n. 3, p. 52–59, jan./dez. 2020.

CERQUETANI, S. Tem pavor de dentista? Odontofobia pode comprometer a sua saúde. **VivaBemuol**, 2021. Disponível em: <https://www.uol.com.br/vivabem>. Acesso em: 12 fev. 2022.

CFO-CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. 2021. **Estatísticas**. Quantidade geral de profissionais e entidades ativas. Disponível <https://website.cfo.org.br/>. Acesso em: 05 jan. 2021.

CHACON, M. Ansiedade, conceito, sintomas, transtornos, causas, proposta de prevenção e tratamento. **Psicologia Clínica Online**, 2016. Disponível em: <http://www.marciachacon.com.br>. Acesso em: 20 fev. 2020.

COSTA, A. M. D. D. *et al.* Ansiedade ao tratamento odontológico em escolares do ensino médio no município de Alfenas- MG. **Braz J Periodontol**, v. 24, n. 2, p. 13-18, 2014.

COSTA, R. R. da, *et al.* Avaliação da Influência da expectativa e da ansiedade do paciente odontológico submetido a procedimento cirúrgico a partir de seus sinais vitais. **Rev. Odontol. UNESP**, v. 41 n. 1, p. 43-47, jan./fev. 2012.

COSTA, R. S. M.; RIBEIRO, S. N.; CABRAL, E. D. Fatores determinantes de experiência dolorosa durante atendimento odontológico. **Rev Dor**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 365-70, out./dez. 2012.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. Tradução: Sandra Mallmann da Rosa. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014. 341 p.

CRIVELARO, A. C. Odontologia medieval. **Portal Educação**, 2012. Disponível em: <https://siteantigo.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/odontologia/odontologia-medieval/20962>. Acesso em: 22 jul. 2020.

CUNHA, A. V. S. da. **Manejo do medo e ansiedade em Odontologia**: revisão de literatura. 2019. 22 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) - Centro Universitário CESMAC, Maceió, 2019.

DANNEMANN, F.; LOTUFO, T. Dois dentistas e a incrível história da anestesia. **SuperInteressante**, ed. 204, 2004. Disponível em: <https://super.abril.com.br/ciencia/dois-dentistas-e-a-incriveis-historia-da-anestesia/>. Acesso em: 29 jul. 2020.

D'ELIA, K. A. A. Uma abordagem psicológica sobre o medo. **Psicologia clínica**, out. 2013. Disponível em: <https://psicologado.com.br/atuacao/psicologia-clinica/uma-abordagem-psicologica-sobre-o-medo>. Acesso em: 14 mar. 2020.

DE PAULA, P. H. F. *et al.* Avaliação do grau de ansiedade do paciente submetido a tratamento odontológico em uma universidade de Goiânia/Goiás. **RCO**, v. 1, n. 1, p. 10-17, 2017.

DIAS, V. D. *et al.* Medo odontológico e saúde bucal: avaliação transversal do ciclo do medo entre universitários brasileiros. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 62, n. 2, p. 43-54, jul./dez. 2021.

DIB, L. História da Odontologia. **Luciano Dib Odontologia Estomatologia**, 2017. Disponível em: <https://lucianodib.com.br/historia.php>. Acesso em: 06 jul. 2020.

DIRENNA, P. Odontologia nos cinemas-parte 1. **Blog Dra Priscilla Direnna**. 2010. Disponível em: <http://drapriscilladirenna.blogspot.com/2010/07/odontologia-nos-cinemas-parte-i.html>. Acesso em 15 fev. 2020.

DONATELLI, L. J. P. A história da Odontologia- Uma homenagem ao dia do cirurgião-dentista. **Blog Biossegurança/Cristófoli**, p. 1-16, 2016. Disponível em: <https://www.cristofoli.com/biosseguranca/historia-da-odontologia/>. Acesso em: 06 jul. 2020.

DOUAY, M. P. J. **Realidade virtual em Odontopediatria e analgesia**. 2020. 56 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Instituto Universitário de Ciência da Saúde, Gandra, 2020.

FELLOWS, V. Como a tecnologia contribui para os resultados mais rápidos e promissores na Odontologia. **Sorrisologia**, Grupo Webedia, 2019. Disponível em: [em:https://www.sorrisologia.com.br/noticia/como-a-tecnologia-contribui-para-os-resultados-mais-rapidos-e-promissores-na-odontologia/](https://www.sorrisologia.com.br/noticia/como-a-tecnologia-contribui-para-os-resultados-mais-rapidos-e-promissores-na-odontologia/). Acesso em: 08 ago. 2020.

FERRARI, M. A. M. C. **História da Odontologia no Brasil**- o currículo e a legislação entre 1856 e 1931. 2011. 108 f. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas) - Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

FERNANDES, A. H. A história da Odontologia nos 500 anos Brasil. **ACDBS-APCD**,2014. Disponível em: <https://www.acdbs.com.br/museu/historia-da-odontologia-nos-500-anos-brasil/>. Acesso em: 08 ago. 2020.

- FERREIRA, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, v. 14, n.3, p. 111-118, set./dez. 2005.
- FIGUEIREDO, J. P. A.; PIA, J. S.; PEREIRA, R. T. O medo necessário: um estudo das expressões biológicas e comportamentais do medo. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 5., 2018, Recife. **Anais [...]**. Recife: Universidade Estadual da Paraíba, 2018.
- FRACASSO, L. M. *et al.* Impacto da evolução científica no ensino e na prática odontológica brasileira ao longo dos séculos. **SALUSVITA**, Bauru, v. 35, n. 2, p. 207-217, 2016.
- FRANCISCO, S. S. *et al.* Avaliação do status de Ansiedade durante o atendimento odontológica. **Rev Cubana Estomatol.**, v. 56, n. 1, p. 33-41, 2019.
- GABARDO, M. C. L.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. Autopercepção de saúde bucal conforme o Perfil de Impacto da Saúde Bucal (OHIP) e fatores associados: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**, v. 33, n. 6, p. 439-445, 2013.
- GALVÃO, R. C. D. *et al.* A importância da bioética na Odontologia do século XXI. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 9, n. 1, p. 13-18, jan./mar., 2010.
- GIDDENS, A. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2002. 233 p.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2018.
- GOES, M. P. S. *et al.* Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. **Odontol. Clín.-Cient.** Recife, v. 40, p. 39-44, jan. /mar. 2010.
- GONÇALVES, A. T. P. Análise de conteúdo, análise do discurso e análise de conversação: estudo preliminar sobre diferenças conceituais e teórico-metodológicas. **Administração: Ensino e Pesquisa**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 275-300, maio/jun./jul./ago. 2016.
- GONÇALVES, K. B. *et al.* Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. **RBPS**, Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 358-367, out./dez., 2010.
- HALL, J. **Bicho-papão não existe: ajudando seu filho a superar o medo**. São Paulo: Fundamento Educacional, 2004.
- HOLANDA, V. N. *et al.* As bases biológicas do medo: uma revisão da literatura. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 1, n. 3, p. 1-15, set. 2013.
- IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Portal Cidades@.**, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio>. Acesso em: 5 maio 2020.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)-2019**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 25 mar. 2022.

IMPARATO, J. C. P. *et al.* **Banco de dentes humanos**. 3. ed. Curitiba: Maio, 2003. 190 p.

KUMAR, S. *et al.* Does dental anxiety influence oral health-related quality of life? Observations from a cross-sectional study among adults in udaipur district, India. **J Oral Sci**, v. 51, n. 2, p. 245-254, 2009.

LAVOURA, T. N. **Estudos emocionais**: a investigação do medo no contexto esportivo. 2007. 388 p. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Biociências, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2007.

LEAHY, R. L. **Livre de ansiedade**. Tradução: Vinícius Duarte Figueira. Porto Alegre: Artmed, 2011. 239 p.

LEMOS, P. G.; DUQUE, S.; MACHADO, C. N. Componentes que afetam o medo no tratamento dentário em adultos: um estudo seccional. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 1, n. 4, p. 41-54, 2019.

LIMA, E. N. A.; SOUZA, E. C. F.; Percepção sobre ética e humanização na formação odontológica. **RGO**, v. 58. n. 2 , p. 231 – 238, abr./Jun. 2010.

LIPORACI, B. P. C.; SANTOS, R. A.; MAGRINI, D. F. Autonomia do paciente, o exercício da liberdade de escolha no Direito à Saúde. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 14, edsup, p. 68, 2018.

LOBO, K. R. G.; NEVES, F. P. B.; ALENCAR, M. C. B. Reflexões sobre o medo: aspectos históricos e contextuais. **Id online Revista de Psicologia**, ano 7, n. 20, p. 97-107, jul. 2013.

LOPES, M. Como fazíamos sem dentista-Tratar dos dentes já foi um show de horrores. **AH Aventuras na História**. Grupo Perfil. 2017. Disponível em: <https://aventurasnahistoria.uol.com.br/noticias/almanaque/como-faziamos-sem-dentista.phtml>. Acesso em: 22 jul. 2020.

LORENZI, R. Ancient dental plaque reveals that neanderthals used 'aspirin'. Seeker Archaeology. **Group Nine**. 2107. Disponível em: <https://www.seeker.com/ancient-dental-plaque-dna-reveals-neanderthals-used-aspirin-2306357723.html>. Acesso em: 23 nov. 2020.

MACHADO, E. A. F.; PINTO, R. M. C. Medo e ansiedade durante o tratamento odontológico: como a Psicologia pode ajudar? **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 22, n. 3, p. 15-26, jul./set. 2021.

- MANFREDINI, M. A.; BOTAZZO, C. Tendências da indústria de equipamentos odontológicos no Brasil entre 1990 e 2002: notas prévias. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 1, p. 169-177, 2006.
- MANIGLIA-FERREIRA, C. *et al.* Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. **RBPS**, v. 17, n. 2, p. 51-55, 2004.
- MARTINS, R. J. *et al.* Medo e ansiedade dos estudantes de diferentes classes sociais ao tratamento odontológico. **Arch Health Invest**, v. 6, n. 1, p. 43-47, 2017.
- MARTINS, Y. V. M.; DIAS, J. N.; LIMA, I. P. C. A evolução da prática odontológica brasileira: revisão da literatura. **Rev. de Ciências da Saúde Nova Esperança**, v. 16, n. 3, p. 83-90, 2018.
- MASTRANTÔNIO, S. S. *et al.* Redução do medo durante o tratamento odontológico utilizando pontas ultrassônicas. **RGO**, Porto Alegre, v. 58, n. 1, p. 110-122, jan./mar. 2010.
- MIALHE, F. L. *et al.* Medo odontológico entre pacientes atendidos em um serviço de urgência. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 10, n. 3, p. 483-487, set./dez. 2010.
- MORAES, R. G. B. A Odontologia no cinema e TV. **TePe**, 2010. Disponível em: <http://www.tepe.com.br>. Acesso em: 15 fev. 2020.
- MORAIS, E. R. B. de. O medo do paciente ao tratamento odontológico. **Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do RGS**, Porto Alegre, v. 44, n. 1, p. 39-42, jul. 2003.
- MOTA, L. Q.; FARIAS, D. B. L. M.; SANTOS, T. A. dos. Humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação em Odontologia. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 48, n. 3, p. 141-158, jul./set. 2012.
- MOURA, B. F. *et al.* Child's anxiety preceding the dental appointment: evaluation through a playful tool as a conditioning feature. **RGO**, v. 63, n. 4, p. 455-460, 2015.
- NARVAI, P. C. Recursos humanos para promoção da saúde bucal: um olhar no início do século XXI. In: **Promoção de saúde bucal: paradigma, ciência, humanização**. São Paulo: Artes Médicas, 2003. p. 116-134.
- NICO, L. S. *et al.* Saúde bucal autorreferida da população adulta brasileira: resultados da pesquisa nacional de saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 389-398, 2016.
- NOBRE, M. A. S. Fiscalização profissional: da punição à prevenção. **RBO**, v. 59, n. 4, p. 222-223, 2002.

NUNES, M. F. *et al.* Imagem do cirurgião-dentista em sites de busca da web. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 14, n. 2, p. 313-21, abr./jun. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v14i2.13936>. Acesso em: 16 abr. 2020.

OLIVEIRA, A. G. A.; BERCHMAN JÚNIOR, J.; FERREIRA, O. E. Distinção da ansiedade e do medo no consultório odontológico e sua influência no resultado do tratamento: revisão de literatura. **Revista Focus In Scientiae**, 2016. Disponível em: <http://www.itpacporto.com.br/arquivos/biblioteca/1583249350.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2020.

OLIVEIRA, A. L. S. **Medo de dentista em cena**: uma análise de produções cinematográficas. 2007. 102 f. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós- Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

OLIVEIRA, F. C.; MARINS, M. S. O atendimento humanizado como fator de diferenciação do profissional da Odontologia em relação à pacientes fóbicos: revisão de literatura. **Archives of Health**, Curitiba, v. 1, n. 3, p. 78-94, May/June 2020.

OLIVEIRA, M. L. R. S. de.; ARAÚJO, S. M.; BOTTAN, E. R. Ansiedade ao tratamento odontológico: perfil de um grupo de adultos em situação não clínica. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 19, n. 3, p. 165-170, set./dez. 2015.

OLIVEIRA, R. S.; MORAIS, H. M. M.; GOES, P. S. A. A prática odontológica ontem e hoje: origens e desenvolvimento da assistência odontológica no Brasil. *In*: GOES, P. S. A. **Gestão da prática em saúde bucal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2014. cap. 1, p. 13-24.

PAULUK, L. R.; BALLÃO, C. M. Considerações sobre o medo na história e na psicanálise. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 31, n. 2, p. 60-66, maio/ago. 2019.

PENTEADO, L. A. M. **Impacto da ansiedade, do medo ao tratamento odontológico e da condição bucal na qualidade de vida de usuários de serviços odontológicos**. 2017. 87 f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós Graduação em Odontologia, Centro de Ciências, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

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

PEREIRA, W. Uma história da Odontologia no Brasil. **História e perspectivas**, Uberlândia, v. 25, n. 47, p. 147-173, jul./dez. 2012.

PERONIO, T. N.; SILVA, A. H.; DIAS, S. M. O medo frente ao tratamento odontológico no contexto do sistema único de saúde: uma revisão de literatura integrativa. **Braz J Periodontol**, v. 29, n. 1, p. 37-43, mar. 2019.

PINHEIRO, M. E. A primeira entrevista em psicoterapia. **Revista IGT na Rede**, v. 4, n. 7, p.136-157, 2007.

PINHO, C. B. *et al.* Representação social da Odontologia: a contribuição da produção cinematográfica para perpetuação de um estereótipo negativo. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 37, n. 3, p. 275-281, 2008.

PITHON, M. M. *et al.* Do dental esthetics have any influence on finding a job?. **American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics**, v. 146, n. 4, p. 423-429, 2014.

PPC- **Projeto Pedagógico do curso de Odontologia**. Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE, 2019.

PRESOTO, C. D. *et al.* Odontofobia e ansiedade odontológica: como atender pacientes com medo de dentista. **Dental Office**, 2022. Disponível em: <https://www.dentaloffice.com.br>. Acesso em: 23 jan. 2022.

PSICANÁLISE CLÍNICA. Medo de dentista (odontofobia): causas e tratamentos. **Instituto Brasileiro de Psicanálise clínica (IBPC)**, 2020. Disponível em: <https://www.psicanaliseclinica.com/medo-de-dentista/>. Acesso em: 14 fev. 2022.

QUEIROZ, M. F. *et al.* Dor, ansiedade e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes atendidos no serviço de urgência odontológica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1277-1286, 2019.

RANKIN, L. **Cure os seus medos**: aprenda a usar a coragem como remédio para o corpo e para a alma. Amadora: Nascente, 2016. 352 p.

RANGÉ, B. P.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. O medo. In: LIPP, M. E. N. (Org.). **Sentimentos que causam stress**: como lidar com eles. 3. ed. Campinas: Papyrus, 2010. cap. 3, p.41-53.

REICHERT, F. F.; LOCH, M. R.; CAPILHEIRA, M. F. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3353-3362, 2012.

RESENDE, I. Pesquisa diz que 9 em cada 10 brasileiros não podem arcar com despesas de saúde. **CNN Brasil**, Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <http://www.cnnbrasil.com.br/>. Acesso em: 21 maio 2022.

RODRIGUES, C. R. G. A evolução da profissionalização da Odontologia. 2015. **Site Ciência-FGS**. Disponível em: <https://www.franciscogomesdasilva.com.br/a-evolucao-da-profissionalizacao-da-odontologia>. Acesso em: 05 ago. 2020.

RODRIGUES, M. L. Medos e incertezas no exercício da prática profissional. **NEMESS COMPLEX. PUC/SP**, 2018. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nemess/links/artigos/marialucia.htm>. Acesso em: 08 mar. 2020.

ROSENTHAL, E. **A Odontologia no Brasil no século XX**. São Paulo: Santos, 2001.

SAMPAIO, C.; RAMOS, J. P.; MACIEL, I. M. Representação social da Odontologia segundo a mídia-aspectos a serem discutidos. **Rev. Univ. Cid. São Paulo**, v. 31, n. 2, p. 187-93, abr./jun. 2019.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SANTOLAYA, A. Brasileiros se tornam mais exigentes com serviços de saúde durante a pandemia. **Central Press**, 2020. Disponível em: <https://www.centralpress.com.br/>. Acesso em: 17 mar. 2022.

SANTOS, L. Como surgiu a profissão dos dentistas? Conheça a história. **Imedicina**, 2016. Disponível em: <https://blog.imedicina.com.br/historia-dentistas-artigo-st/>. Acesso em: 18 dez. 2020.

SANTOS, L. O. dos. O medo contemporâneo: abordando suas diferentes dimensões. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 2, p. 48-55, 2003.

SANTOS, L. R. A Odontologia no cinema e TV-parte 1. **Dicasodonto**, 2010. Disponível em: <http://www.dicasodonto.com.br/2010/>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SCHOEN, T. H.; VITALLE, M. S. Tenho medo de quê? **Rev Paul Pediatr**, v. 30, n. 1, p. 72-8, 2012.

SGARIONI, M. A torturosa saga dos dentistas. **AH Aventuras na História**, 2018. Disponível em: <http://www.aventurasnahistoria.uol.com.br>. Acesso em: 25 mar. 2020.

SILVA, A. B. B. **Mentes ansiosas: medo e ansiedade além dos limites**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011. 206 p.

SILVA, A. C. M. da. **Medo e ansiedade dentária: uma realidade**. 2012. 92 f. Dissertação (Mestrado)- Faculdade Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2012.

SILVA, R. F. *et al.* A história da Odontologia Legal no Brasil. Parte 2: origem enquanto disciplina e especialidade. **Rev Bras Odontol Leg RBOL**, v. 4, n. 3, p. 67-88, 2017.

SILVA, R. H. A. da.; SALES-PERES, A. Odontologia: um breve histórico. **Odontologia Clin. Cientif.**, Recife, v. 6, n. 1, p. 7-11, jan./mar. 2007.

SPYERE, P. R. A história da Odontologia no Brasil. 2013 Disponível em: <https://www.yumpu.com/pt/document/view/16037822/historia-da-odontologia-no-brasil-patricia-ruiz-spyere>. Acesso em: 04 out. 2019.

SWIFT, P. *et al.* **Living with anxiety**: understanding the role and impact of anxiety in our lives. London: Mental Health Foundation, 2014. 46 p.

TAQUETE, S. R. Análise de dados de pesquisa qualitativa em saúde. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. 5., 2016, Porto. **Atas CIAIQ2016**, 2016. p. 524-533.

TAVARES, L. M. B.; BARBOSA, F. C. Reflexões sobre a emoção do medo e suas implicações nas ações de defesa civil. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 17- 34, out./dez. 2014.

TOMÉ, M. S. S. Avaliação da ansiedade dos pais e/ou responsáveis frente ao tratamento odontológico em crianças. **Braz. J. Surg. Clin. Res.**, v. 25, n. 1, p. 13-16, dez. 2018/fev. 2019.

VIDAL, T. Quais as novas tecnologias da Odontologia? **Dental Office**, 2020. Disponível em: <https://www.dentaloffice.com.br/novas-tecnologias-da-odontologia/>. Acesso em: 12 nov. 2020.

VIEIRA, M. P. C. N. *et al.* Importância e influência da estética dental relacionada à saúde biológica e social do indivíduo. **Arch Health Invest**, v. 10, n. 5, p. 717-724, 2021.

VIOLA, N. V.; OLIVEIRA, A. C. M.; DOTTA, E. A. V. Ferramentas automatizadas: o reflexo da evolução tecnológica na Odontologia. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 76-80, jan./jun. 2011.

WESIACK, W. **Enfrentando o medo**: uma abordagem criativa da doença e das crises. Tradução: Inês Antônia Iohbauer. 2. ed. São Paulo: Paulinas, 2002. 94 p.

YILDIRIM, C.; CORREIA, A. P. Exploring the dimensions of nomophobia: development and validation of a self-reported questionnaire. **Computers in Human Behavior**, v. 49, p. 130-137, 2015.

ZANATTA, J. *et al.* Effects of providing prior face-to-face information on the anxiety of patients undergoing dental extraction. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 17, n. 1, p. 11-22, 2014.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Título: A influência do medo do tratamento odontológico na saúde bucal e nas vivências dos indivíduos.
Pesquisador responsável: Romero Meireles Brandão
Contato do pesquisador responsável: Rua Peçanha, 800, apto 502, Centro - Governador Valadares. Cep: 35010.161 Tel.: (33) 99989-6956. E-mail: romeromb@uol.com.br
Instituição: Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE
Curso: Doutorado Interdisciplinar em Ciências Humanas-UFSC/UNIVALE-Dinter
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário Antônio Rodrigues Coelho, Bloco B4. Bairro Universitário, Governador Valadares, Minas Gerais. Cep: 35024-820 Tel.: (33) 3279-5575 E-mail: cep@univale.br

Prezado (a),

- Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: “A influência do medo do tratamento odontológico na saúde bucal e nas vivências dos indivíduos”, com foco interdisciplinar na área de Ciências Humanas. Esta pesquisa tem como objetivo principal compreender a influência do medo do tratamento odontológico na condição de saúde bucal insatisfatória e nas vivências dos indivíduos.
- Gostaríamos de contar com sua contribuição que será importante para esta pesquisa. Para isso você irá responder para nós, algumas perguntas sobre o medo do tratamento odontológico, o quanto o medo do tratamento seria responsável pela sua saúde bucal insatisfatória, e se este medo trouxe outras consequências para a sua vida. Caso queira contribuir com esta pesquisa, é necessário antes de aceitar participar que você leia atentamente as instruções que informam sobre os procedimentos:

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

1) Esta pesquisa será realizada em três etapas consecutivas: na primeira – no início do tratamento odontológico: entrevista para identificação do indivíduo que apresenta medo do tratamento; na segunda - durante o tratamento odontológico: entrevista relacionada ao motivo do medo do tratamento odontológico; na terceira – após término do tratamento: entrevista objetivando conhecer se as atitudes do cirurgião-dentista contribuiriam para diminuir o medo do tratamento.

2) Inicialmente, na primeira etapa da pesquisa, o participante irá preencher um formulário indicando seus dados pessoais e também irá identificar quando foi a última vez que fez tratamento odontológico e qual o motivo de procurar o cirurgião-dentista só quando precisou de tratamento de canal. Sua identidade será mantida em sigilo. O formulário somente será identificado pelo número da entrevista e o sexo do participante, e será manipulado somente pelo pesquisador principal e equipe da pesquisa. Este material será resguardado de forma segura no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), bloco PVA, sala 10, campus II na Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE), em um armário de aço com chave de posse do pesquisador principal. Os dados coletados serão armazenados em um Banco de Dados guardado por senha, onde somente a equipe do projeto terá acesso. Em momento algum do projeto ou após seu resultado, será divulgado o nome ou qualquer indício que identifique o participante.

3) Sua participação na primeira etapa da pesquisa poderá gerar riscos ou desconfortos como constrangimento ao tentar esclarecer dúvidas sobre o preenchimento do formulário ou falta de entendimento das perguntas, ou ao expressar o desejo de não participar da pesquisa. Desconforto por ser perguntado sobre assuntos que possam gerar estresse ou insegurança quanto a resposta ideal a ser respondida, ou não saber responder alguma das perguntas feitas no formulário, conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido, ser identificado como participante da pesquisa ou fornecedor de informações.

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

- 4) Para preenchimento do formulário na primeira etapa da pesquisa, o pesquisador principal explicará seu conteúdo de forma detalhada, com clareza e simplicidade e estará sempre à disposição para tirar dúvidas e explicar as perguntas a todo momento que o participante achar necessário. Caso não saiba ou não queira responder alguma pergunta, o participante poderá passar para a pergunta seguinte sem problema algum. Não existe resposta certa ou errada, e as informações coletadas só serão utilizadas para fins de pesquisa científica.
- 5) Caso o participante se sinta desconfortável, a entrevista será interrompida, a fim de não se estabelecer uma situação de constrangimento e intimidação. De acordo com sua vontade, a entrevista poderá ser reiniciada, remarcada ou cancelada de forma definitiva. Em qualquer fase da pesquisa, o participante tem o direito de não participar da pesquisa, caso não concorde ou o direito de interromper e retirar seu consentimento e todos seus dados quando desejável, sem penalização e sem prejuízo para seu tratamento odontológico na UNIVALE.
- 6) Para realização das entrevistas, todos os participantes serão encaminhados para uma sala localizada próxima a clínica odontológica na UNIVALE, que apresentará boa iluminação, cadeiras confortáveis, tranquilidade e silêncio, procurando assegurar a privacidade dos entrevistados.
- 7) Em virtude do momento peculiar que estamos enfrentando com o vírus da COVID-19, nos ambientes utilizado para a entrevista na primeira etapa da pesquisa será adotado com o entrevistado os hábitos de higiene e proteção como utilização de máscara, higienização das mãos com água e sabão ou com álcool em gel 70 %, aferição da temperatura corporal, e será mantido uma distância mínima de 1 (um) metro e meio entre os entrevistados e entre os entrevistados e o entrevistador, evitando abraços, beijos e apertos de mãos. Será adotado um comportamento amigável sem contato físico.
- 8) Após a primeira etapa da pesquisa, ainda acontecerão mais duas etapas, a

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

segunda durante o tratamento endodôntico e a terceira após o tratamento concluído. Nas duas próximas etapas da pesquisa participarão somente 10 indivíduos (cinco do sexo masculino e cinco do sexo feminino) que participaram da primeira etapa e que serão escolhidos aleatoriamente por sorteio, após análise dos dados etapa anterior da pesquisa. O participante escolhido neste sorteio será convidado pelo pesquisador principal para participação nas etapas seguintes da pesquisa no dia de sua consulta de retorno para continuidade do tratamento endodôntico que está sendo realizado na clínica de Endodontia.

9) O participante tem o direito de não participar da pesquisa, caso não concorde ou o direito de interromper e retirar seu consentimento quando desejável, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização e sem prejuízo para seu atendimento odontológico realizado na UNIVALE.

10) Para a coleta de dados, no dia agendado para continuidade do tratamento endodôntico, antes do atendimento clínico, o participante que aceitou continuar nas etapas seguintes da pesquisa será encaminhado individualmente para uma sala próxima a clínica odontológica na UNIVALE, acompanhado do pesquisador principal. Será proporcionado um ambiente reservado, tranquilo e confortável, evitando causar medo ou stress, mantendo a privacidade do entrevistado e sigilo das informações.

11) Na segunda e terceira etapas da pesquisa será realizada uma entrevista individual que após permissão do participante, será gravada para manter a fidelidade da sua fala, garantindo o total sigilo da gravação, assegurando a omissão de sua identidade, e não gerar quaisquer constrangimentos. Será pedido que o participante fale sobre os motivos do medo do tratamento odontológico ou do cirurgião-dentista, o quanto esse medo influenciou sua saúde bucal e sua vida e também sobre sua experiência com o tratamento de canal realizado e o que o cirurgião-dentista poderia fazer para diminuir seu medo do tratamento. É importante que o participante saiba que não existe resposta certa ou errada e que as informações coletadas só serão utilizadas para fins de pesquisa científica.

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

- 12) Após a gravação da entrevista será feita a transcrição imediata da fala do participante pelo pesquisador principal. Para preservação da identidade dos entrevistados, as falas serão identificadas somente pelo sexo do participante e pelo número da entrevista. Além desse cuidado, também serão omitidos trechos da entrevista que possam facilitar a identificação do participante. O material coletado nesta entrevista de forma escrita ou por meio de gravação sonora será manipulado somente pelo pesquisador principal e equipe da pesquisa, sendo resguardado de forma segura no Núcleo de pesquisa SAIS na UNIVALE em um armário de aço com chave de posse do pesquisador principal. Os dados coletados serão armazenados em um Banco de Dados guardado por senha, onde somente a equipe do projeto terá acesso. Em momento algum do projeto ou após seu resultado será divulgado o nome ou qualquer indício que identifique o participante.
- 13) Sua participação na segunda e terceira etapas da pesquisa poderá envolver riscos ou desconfortos como tristeza ou constrangimento ao ter que relatar sobre as experiências vividas com o tratamento odontológico ou o cirurgião-dentista, desconforto por ser perguntado sobre assuntos que possam gerar estresse ou insegurança quanto a resposta ideal a ser respondida, ou não saber responder alguma das perguntas feitas pelo entrevistador, conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido, ser identificado como participante da pesquisa ou fornecedor de informações.
- 14) No intuito de evitar situação de desconforto e constrangimento para o entrevistado, o pesquisador principal estará sempre à disposição para tirar dúvidas e explicar as perguntas a todo momento que o participante achar necessário, e caso este não saiba ou não queira responder alguma pergunta, pode passar para a pergunta seguinte sem problema algum. Caso o participante da pesquisa no decorrer da entrevista sinta-se desconfortável, triste ou emotivo, a entrevista será interrompida a qualquer momento, a fim de não se estabelecer uma situação de constrangimento e intimidação. De acordo com a vontade do entrevistado, a entrevista poderá ser retomada, remarcada ou definitivamente interrompida se ele explicitar o desejo de não continuar o processo.

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

Em qualquer momento deste estudo, o participante tem o direito de desistir da participação, e retirar seu consentimento e todos seus dados, sem penalização, e sem prejuízo para seu tratamento odontológico na UNIVALE.

- 15) Para as entrevistas da segunda e terceira etapas da pesquisa o participante será encaminhado individualmente para uma sala próxima a clínica odontológica na UNIVALE, acompanhado do pesquisador principal. Será proporcionado um ambiente reservado, tranquilo e confortável, evitando causar medo ou stress, mantendo a privacidade do entrevistado e sigilo das informações.
- 16) Em virtude do momento peculiar que estamos enfrentando com o vírus da COVID-19, também na segunda e terceira etapas da pesquisa, serão adotados com o entrevistado, os hábitos de higiene e proteção como a utilização de máscara, higienização das mãos com água e sabão ou com álcool em gel 70 %, aferição da temperatura corporal, e será mantido uma distância mínima de 1 (um) metro e meio entre o entrevistado e o entrevistador, evitando abraços, beijos e apertos de mãos. Será adotado um comportamento amigável sem contato físico.
- 17) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Mas caso opte em contribuir com essa pesquisa, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários à participação de acordo com os direitos individuais e respeito ao bem-estar físico e psicológico.
- 18) Espera-se como benefícios da realização dessa pesquisa propiciar um espaço de escuta aos assistidos na clínica de Endodontia da UNIVALE, identificar se o usuário tem algum nível de medo do tratamento odontológico que possa influenciar o atendimento. Utilizar essa informação para estabelecer ações que possam minimizar esse medo e promover um atendimento clínico mais confortável.

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

- 19) Será garantido ao entrevistado, o ressarcimento, caso ocorra qualquer despesa comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não prevista inicialmente. O ressarcimento poderá ser na forma seguinte: dinheiro, depósito em conta corrente, pix ou cheque.
- 20) Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente da participação na pesquisa, o entrevistado será compensado/indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.
- 21) Será assegurado ao entrevistado o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios comprovadamente decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário.
- 22) Em todas as etapas da pesquisa, o tempo previsto para cada a entrevista é de trinta minutos.
- 23) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos de caráter científico e/ou escritos na forma de artigo em revistas especializadas e em Tese de Doutorado. Serão mostrados apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar o nome do participante, ou qualquer informação relacionada à sua identificação e privacidade. Os resultados da pesquisa serão descritos em um relatório que estará disponibilizado para todos os participantes de todas as três etapas da pesquisa. Este relatório estará disponível no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), bloco PVA, sala 10, campus II na Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE).
- 24) Os dados coletados na pesquisa ficarão armazenados por um período de cinco anos no Núcleo de Pesquisa Saúde, Indivíduo e Sociedade (SAIS), bloco PVA, sala 10, campus II na Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Após esse período o material físico (documentos impressos) será incinerado. O material registrado em Banco de Dados eletrônico (tabelas, relatórios armazenados em diretórios de computador) será deletado de forma definitiva, assim como as gravações sonoras das entrevistas dos participantes serão

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

apagadas permanentemente. O Banco de Dados será guardado por senha, onde somente o pesquisador principal e a equipe do projeto terá acesso.

25) Qualquer dúvida quanto ao compromisso ético dessa pesquisa, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIVALE. O Comitê de Ética é um órgão que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos humanos, a autonomia, a segurança, a confidencialidade, a privacidade, a não maleficência e o bem-estar dos participantes de pesquisas.

26) Caso aceite participar da pesquisa, imediatamente após você e o pesquisador responsável assinarem e rubricarem cada página das duas vias deste documento, está garantido que você receberá uma via deste termo. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

Confirmo ter sido informado (a) e esclarecido (a) sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Governador Valadares, ____ de ____ de _____.

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Nome do Pesquisador responsável

Assinatura do Pesquisador responsável

RUBRICA DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

APÊNDICE B – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Do: Prof. Me. Romero Meireles Brandão-Curso de Odontologia/Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE

Para: Prof. Me. Cláudio Manoel Cabral Machado- Coordenação curso de Odontologia/Universidade Vale do Rio Doce-UNIVALE

Assunto: Solicitação de autorização para realização de pesquisa com os indivíduos atendidos nas clínicas da disciplina de Endodontia II (5º período) do curso de Odontologia-UNIVALE.

Data: 06/07/2021.

Local: Governador Valadares, Minas Gerais.

Professor Cláudio Machado,

Solicita-se autorização para realização de pesquisa e utilização de dados dos prontuários dos indivíduos atendidos nas clínicas da disciplina de Endodontia II do curso de Odontologia, referente ao projeto de pesquisa a ser desenvolvido pelo Doutorando do Programa de Pós- Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas- Doutorado da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)/UNIVALE-Dinter, Prof. Me. Romero Meireles Brandão e sua Co-orientadora Profa. Dra. Suely Maria Rodrigues da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). Essa pesquisa possui como título: “A influência do medo do tratamento odontológico na saúde bucal e nas vivências dos indivíduos.”

O estudo será desenvolvido, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce. O objetivo geral é compreender a influência do medo do tratamento odontológico na condição de saúde bucal insatisfatória e nas vivências dos indivíduos.

Será objeto deste estudo os indivíduos com 18 a 59 anos, de ambos os sexos, fisicamente independentes usuários das clínicas de Endodontia do curso de Odontologia.

O período estimado para o levantamento de dados dos participantes será entre os meses de agosto, setembro e outubro de 2021. Declaramos que será mantido estrito respeito ao código de ética, sendo resguardado o sigilo e não identificação de pacientes/usuários do serviço ou outros dados que comprometam o anonimato das pessoas. Declaramos que a pesquisa será desenvolvida de acordo com princípios éticos conforme resolução 196/96.

Acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para propiciar um espaço de escuta aos assistidos na clínica de Endodontia da UNIVALE, identificar se o usuário tem algum nível de medo do tratamento odontológico que possa influenciar o atendimento. Utilizar essa informação para estabelecer ações que possam minimizar esse medo e promover um atendimento clínico mais confortável.

Os procedimentos realizados possivelmente não interferirão na rotina de funcionamento das clínicas de Endodontia. Os resultados serão divulgados provavelmente por meio de Tese de Doutorado e publicação de artigo científico em revista especializada.

Na certeza de poder contar com vossa colaboração, desde já agradeço e me coloco à disposição para esclarecimentos necessários. Aguardo deferimento.

Atenciosamente,



Prof. Me. Romero Meireles Brandão

Pesquisador responsável

DE ACORDO:


Prof. Cláudio Manoel Cabral Machado
Coordenador Odontologia
CRO-MG 47008

07/06/21

APÊNDICE C- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E IDENTIFICAÇÃO DO INDIVÍDUO COM MEDO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

A) QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Dados individuais (Pessoais):

1) Data da entrevista:

2) Número de identificação:

3) Sexo: () M () F

4) Data de Nascimento: _____

5) Idade: _____ anos

6) Etnia:

Branca Preta Parda Amarela

Indígena Não quis declarar

7) Nível escolar:

() Sem instrução e menos de 1 ano de estudo

() Ensino fundamental incompleto ou equivalente

() Ensino fundamental completo ou equivalente (1ª a 9ª série)

() Ensino médio incompleto ou equivalente

() Ensino médio completo (1º ao 3º ano)

() Ensino superior incompleto

() Ensino superior completo

() Não informado

8) Estado Civil:

Solteiro (a)

Casado (a)

Separado/Divorciado/Desquitado (a)

União estável/Amasiado/Convivente

Viúvo (a)

Outros _____

9) Renda mensal familiar (em salários mínimos):

- Até 1 salário mínimo de 2 a 4 salários mínimos
 de 4 a 10 salários mínimos de 10 a 20 salários mínimos
 acima de 20 salários mínimos Outros: _____

10) Profissão: _____

B) MOTIVO DA PROCURA DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO TARDIO

- 1) Quando foi a última vez que você fez tratamento odontológico? ____ ano e ____ meses
- 2) A que você atribui ter procurado o cirurgião-dentista para tratamento de seus dentes somente agora em que precisa de “tratamento de canal”?
- A () Por não ter tempo de ir ao dentista**
- B () Por não ter acesso ao tratamento (morar longe)**
- C () Por condições financeiras (Falta de recursos financeiros)**
- D () Por não ter conhecimento do estado de saúde da sua boca**
- E () Por ter medo do cirurgião-dentista e do tratamento odontológico**
- F () Outros. Se tem outro motivo, descreva qual seria?**
-

Obrigado pela sua participação.

APÊNDICE D- ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: MOTIVO DO MEDO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Identificamos que você faz parte de um grupo de pessoas com medo em relação ao tratamento odontológico. A partir disso, gostaríamos de fazer algumas perguntas para você sobre como foi vivenciar esta experiência e quais as consequências para sua vida:

- 1) Você acha que o estado atual da sua boca pode ser consequência de seu medo do cirurgião-dentista ou do tratamento odontológico? Fale sobre isto.

- 2) Conte o que mais faz você ter medo no consultório odontológico durante o tratamento.

- 3) Quais situações difíceis ou desagradáveis em relação ao cirurgião-dentista ou ao tratamento que você teve ao longo de sua vida, que atualmente impedem ou afastam você de procurar com frequência o cirurgião dentista para cuidar dos seus dentes?

- 4) Quais consequências negativas para sua vida podem ter sido geradas, pelo fato de você não buscar regularmente o cirurgião dentista, em razão do medo de tratar de seus dentes?

- 5) Além do que conversamos até agora, você se lembra de alguma informação importante que queira falar, ou de alguma experiência de pessoas próximas, que poderiam ter contribuído para o surgimento do seu medo do tratamento dentário ou do cirurgião dentista? O que poderia dizer sobre isso?

Obrigado pela sua participação.

APÊNDICE E- ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA: ATITUDES DO CIRURGIÃO-DENTISTA PARA DIMINUIR O MEDO DO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Identificamos que você já concluiu o tratamento de canal. Por este motivo gostaríamos de fazer algumas perguntas para você, para sabermos como você se sentiu após esta experiência.

1) Comente se o que você pensava de como seria o tratamento de canal, foi o que você vivenciou durante seu atendimento na clínica.

2) Na sua opinião, se você soubesse como seria o atendimento, se tivesse conhecimento antes de como seria realizado, qual seria sua reação em relação ao medo do tratamento odontológico?

3) Após concluído o atendimento clínico, o que você percebeu no seu comportamento em relação ao medo tratamento odontológico?

4) No seu entendimento, fale o que o cirurgião-dentista poderia fazer para ajudar você e a outras pessoas, para diminuir ou mesmo acabar com o medo do tratamento odontológico.

5) Além do que a gente falou nesta conversa, você quer fazer algum comentário ou trazer alguma outra informação? Tenha a palavra livre.

Obrigado pela sua participação.

ANEXO A – DOCUMENTO DE APROVAÇÃO DA PESQUISA PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Influência do medo do tratamento odontológico na saúde bucal e nas vivências dos indivíduos

Pesquisador: Romero Meireles Brandão

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 52889321.9.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.123.378

Apresentação do Projeto:

A literatura é absoluta ao indicar que para a formação do cirurgião-dentista é preciso que o futuro profissional seja direcionado para o estudo das relações com seu paciente. Este deve ser alertado que muitas crianças, e até mesmo adultos, chegam ao consultório atemorizados, com ideias preconcebidas a respeito do tratamento. A dor e o próprio medo de senti-la representam uma barreira para continuidade do atendimento odontológico, impossibilitando a prevenção e a promoção da saúde bucal, permitindo a instalação das doenças.

Várias locuções verbais são utilizadas para caracterizar uma condição emocional desagradável de apreensão ou tensão, acompanhada por sintomas de estimulação fisiológica como palpitações, dificuldade de respiração, tonturas, suores, sensações de calor e frio ou tremores, provocados por uma ameaça real ou antecipada. O medo é um dos termos mais utilizado, tanto na linguagem cotidiana como na literatura psicológica para esta designação (BAPTISTA; CARVALHO; LORY, 2005).

Na perspectiva das teorias das emoções, o medo é classificado como uma emoção básica, essencial, discreta, vivenciada em todas as idades, culturas, raças ou espécies. O medo é resultado de uma circunstância definida, e é caracterizado por um sentimento de temor a algo que é externo e que representa perigo real ao nosso físico ou psicológico (BARLOW, 2002; GIDDENS, 2002; PEREIRA et al., 2013).

Segundo Bauman (2008) o medo é um sentimento conhecido de toda criatura viva. Os seres

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000, BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 5.123.378

humanos compartilham essa vivência com os animais não humanos, que diante de uma ameaça que ponha em risco suas vidas, hesitam entre as alternativas de fuga ou agressão. Tendo assolado o mundo dos seres humanos, o medo se torna capaz de impulsionar e se intensificar por si mesmo. Adquire um ímpeto e uma lógica de desenvolvimento próprios, precisando de poucos cuidados e quase nenhum estímulo adicional para se difundir e crescer –irrefreavelmente.

Figueiredo; Pia; Ferreira (2018) afirmaram que a emoção do medo é reconhecida muitas vezes como uma emoção negativa que as pessoas devem se ver livres por completo, entretanto, estudos indicam o quanto ela é necessária para o ser humano. O medo é em grande parte responsável pela subsistência da humanidade e demais espécies. Conhecer o medo é importante para aprender a lidar com suas expressões.

O medo apesar de provocar sensações intoleráveis, é importante para nos pôr em alerta sobre os perigos que nos ameaçam. O medo sofre algumas influências como o fator idade, gênero, cultura, classe socioeconômica, nível de desenvolvimento cognitivo e outros fatores individuais ou sociais, o que ajuda a determinar se há patologia ou não. Entre as sentimentos evidenciados no consultório odontológico, o medo é o mais preocupante, pois

determina diferentes tipos de comportamento e provoca reações somáticas indesejáveis.

Mesmo com os avanços tecnológicos na Odontologia, este sentimento faz parte do universo dos indivíduos infantis e adultos e é considerado como importante indicador de risco à uma condição de saúde bucal insatisfatória e a um baixo índice de qualidade de vida, já que provoca frequência irregular ao tratamento odontológico, ou mesmo sua interrupção. O paciente só busca o atendimento quando apresenta sintomatologia clínica. A regressão do medo é imprescindível para que o paciente se sinta mais motivado a retornar as consultas e manter os cuidados contínuos com a saúde bucal (BOTTAN et al., 2015; DE PAULA et al., 2017; GÓES et al., 2010).

Objetivo da Pesquisa:

GERAL: Compreender a influência do medo do tratamento odontológico na condição de saúde bucal insatisfatória e nas vivências dos indivíduos.

ESPECÍFICOS:

- Contextualizar historicamente a Odontologia e a figura do cirurgião-dentista no mundo e no Brasil;
- Identificar quais fatores do ambiente clínico odontológico proporcionam medo nos

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 5.123.378

indivíduos;

- Verificar o quanto o conhecimento do paciente sobre o tratamento odontológico influencia na busca pela intervenção clínica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Foram apresentados os diversos aspectos quanto aos riscos e benefícios. Toda pesquisa pode envolver riscos ao participante de pesquisa, cabe ao pesquisador ofertar e descrever estratégias de mitigação dos riscos, conforme Resolução CNS N° 466 de 2012, item IV.3.b.

Neste projeto, em sua segunda submissão, o pesquisador não só apresentou os riscos em todas as etapas descritas como descreveu formas de minimizar os possíveis riscos previstos. Cita que "será assegurado que não existe resposta certa ou errada, que as informações coletadas só serão utilizadas para fins de pesquisa científica". Além disso, cita que as entrevistas podem ser interrompidas a qualquer momento sem ônus para os participantes, inclusive quanto ao andamento de seu tratamento endodôntico. Outras medidas de mitigação de risco incluem o resguardo dos bancos de dados, utilização de senhas e incineração de documentos após cinco anos. Também cita, após atender as pendências do parecer anterior, a destinação após cinco anos dos dados guardados de forma eletrônica (tabelas, gravações) - serão deletados.

A etapa de recrutamento é devidamente descrita, atendendo as normativas vigentes.

Os benefícios foram devidamente descritos, e incluem: preenchimento de lacunas de conhecimento quanto a compreensão de uma saúde bucal insatisfatória, como consequência do medo do tratamento, e a interferência dessa emoção na vida familiar, social, afetiva e de trabalho; compreensão do alcance do medo no comportamento durante o atendimento e nas vivências dos pacientes odontológicos, numa abordagem interdisciplinar; ampliação dos limites de entendimento da parte emocional dos indivíduos por meio de aspectos psicopatológicos, históricos e socioculturais, fatores importantes para a produção de um atendimento mais acolhedor do paciente como um todo; conhecimento do impacto do medo do tratamento odontológico como fator impactante na saúde bucal e na vida dos indivíduos, especialmente em relação aos usuários das clínicas de Odontologia da UNIVALE; compreensão do comportamento das pessoas que buscam o atendimento odontológico na UNIVALE com consequente aumento de vínculo desta população com a instituição; consolidação da vocação de prestadora de serviços da Univale; colaboração na formação mais humanizada dos discentes do curso de Odontologia da UNIVALE, na implementação de estratégias de abordagem de pacientes temerosos e arredios ao tratamento odontológico, e estabelecimento de

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 5.123.378

um diagnóstico holístico e um tratamento multidisciplinar que contemple ações integrativas que possam amenizar o sofrimento físico e emocional do indivíduo durante os procedimentos odontológicos e em suas vivências pessoais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

CONSIDERAÇÕES GERAIS: Pesquisa relevante, de abordagem interdisciplinar, que busca preencher lacunas no conhecimento de fatores não biológicos para o sucesso nos desfechos empreendidos para a melhoria da saúde bucal de populações; reforça a relevância regional da Univale em seu caráter extensionista e de grande inserção na comunidade.

Todos os apontamentos sobre cronograma e outras etapas, descritos no parecer substanciado anterior foram atendidos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Disponíveis: folha de rosto assinada pela reitora da Univale, projeto de pesquisa devidamente estruturado, termo de consentimento livre e esclarecido, orçamento, cronograma. Também encaminhados os três roteiros (instrumentos de coleta de dados) de forma anexa na Plataforma Brasil.

O termo de anuência foi devidamente fornecido pela coordenação do curso de Odontologia da Universidade Vale do Rio Doce.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O TCLE:

TODO O CONTEÚDO ÉTICO SISTEMATIZADO NO TCLE ESTÁ INCLUÍDO NA DESCRIÇÃO DO PROJETO.

- INFORMAÇÕES DE CONTATO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL NO TCLE: devidamente descrito (conforme Resolução CNS N° 466 de 2012, item IV.5.d), incluindo breve descrição do que é um CEP e qual sua função (obrigatório em pesquisas que se utilizam de metodologias das Ciências Humanas e Sociais, resolução 510/2016, art. 17, inciso IX);

- LINGUAGEM: adequada, acessível à idade, cultura e capacidade cognitiva; a redação foi feita em forma de convite (Resolução CNS N° 466 de 2012, itens II.10, I.23, IV.5b); o pesquisador descreve no texto o cuidado com o entendimento na etapa de recrutamento e desenvolvimento da pesquisa.

Como se trata de uma pesquisa em etapas, foi devidamente explicitado que é possível que o participante seja solicitado para as próximas etapas;

- CONFIDENCIALIDADE E MANUTENÇÃO DO SIGILO/ ANONIMATO: devidamente descrita, atendendo à resolução das pendências listadas na primeira submissão, conforme Resolução CNS

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 5.123.378

466/2012, itens III.2.i, IV.3.e;

- ASSISTÊNCIA EM VIRTUDE DE DANOS RECORRENTES DA PESQUISA: foi descrita adequadamente informação acerca de assistência em caso de danos decorrentes da pesquisa (conforme Resolução CNS 466/2012, itens II.3 e V.6);
- DIREITO A RESSARCIMENTO: há a descrição de não haver ônus para o participante, descritos tanto no projeto quanto no TCLE, prevendo a informação sobre a garantia de ressarcimento e de como serão cobertas as despesas (Resolução CNS 466/2012, itens II.18, II.21, IV 3. g);
- DIREITO A INDENIZAÇÃO: descrito (Resolução CNS 466/2012, itens II.7, IV.3.h) - verificar recomendação sobre o discernimento entre ressarcimento e indenização;
- RISCOS E BENEFÍCIOS: descritos em campo específico;
- LIBERDADE DE RECUSA DA PARTICIPAÇÃO E RETIRADA DO CONSENTIMENTO: devidamente descrita (Resolução CNS 466/2012, itens IV.3.d, IV.3.e). Adequadamente descrita a garantia da continuação de seu tratamento odontológico após possível recusa;
- ASSISTÊNCIA DECORRENTE DE DANOS: foi descrita informação acerca de assistência em caso de danos decorrentes da pesquisa (conforme Resolução CNS 466/2012, itens II.3 e V.6);
- ACESSO PÓS ESTUDO AOS RESULTADOS DA PESQUISA: prontamente descrito (conforme Resolução 510/2016, art. 17, inciso VI);
- CAMPO DE ASSINATURAS: devidamente identificados (empregado os termos "pesquisador" e "participante de pesquisa"); campos de assinaturas não estão separados do restante do documento e não contém campos adicionais além de nome e data (Resolução CNS 466/2012, itens II.10, II.15, II.16, IV.5.d);
- FORNECIMENTO DE UMA VIA ORIGINAL DO DOCUMENTO AO PARTICIPANTE DE PESQUISA, COM ASSINATURAS E RUBRICAS: o TCLE deve ser elaborado em duas vias originais, rubricadas em todas as suas páginas e assinadas, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela pessoa por ele designada, devendo as páginas de assinaturas estarem na mesma folha. A necessidade de rubrica em todas as folhas foi elegantemente preparada em cada página, evitando esquecimento, e foi garantida a informação acerca do direito de o participante receber uma via assinada do TCLE.

Recomendações:

Ressarcimento e indenização foram descritos no mesmo tópico. Discernir ressarcimento mediante danos decorrentes da pesquisa (obrigatório prever ressarcimento sob responsabilidade do pesquisador) de indenização (obrigatório prever garantia do participante em solicitar, mas sem responsabilidade de ônus para o pesquisador, por se tratar de processo judicial), no texto do

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 5.123.378

projeto e no TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências, pesquisador atendeu completamente a todas a lista de inadequações dispostas no parecer consubstanciado emitido pelo colegiado na primeira submissão.

Considerações Finais a critério do CEP:

O pesquisador valorizou a atuação do CEP, na proteção do participante da pesquisa, no reconhecimento da importância da atuação de sua equipe e da própria instituição, ao atentar para cada apontamento do parecer consubstanciado anterior, e educadamente ainda destacou os ajustes realizados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1847854.pdf	28/10/2021 00:01:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_ROMERO_CEP_NOVO.pdf	27/10/2021 23:56:07	Romero Meireles Brandão	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PESQUISA.pdf	27/10/2021 23:52:59	Romero Meireles Brandão	Aceito
Outros	ANUENCIA_PESQUISA.pdf	27/10/2021 23:50:40	Romero Meireles Brandão	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PESQUISA.pdf	27/10/2021 23:47:39	Romero Meireles Brandão	Aceito
Outros	ENTREVISTA_3_APENDICE_E.pdf	27/10/2021 23:42:14	Romero Meireles Brandão	Aceito
Outros	ENTREVISTA_2_APENDICE_D.pdf	27/10/2021 23:41:10	Romero Meireles Brandão	Aceito
Outros	ENTREVISTA_1_APENDICE_C.pdf	27/10/2021 23:39:25	Romero Meireles Brandão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	27/10/2021 23:23:01	Romero Meireles Brandão	Aceito
Folha de Rosto	CEP_FOLHA_DE_ROSTO_ROMERO.pdf	27/10/2021 20:52:40	Romero Meireles Brandão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 5.123.378

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GOVERNADOR VALADARES, 24 de Novembro de 2021

Assinado por:
Ivana Cristina Ferreira Santos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000,BLOCO-B4, Salas 01 e 06
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (33)3279-5575 **E-mail:** cep@univale.br