


Reabilitação oral em paciente com odontofobia – Relato de caso

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.014-002>

Carla do Socorro Jatahy Brazão

Acadêmica da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Pará (UFPA)
E-mail: Carlajatahyb@gmail.com

Lurdete Maria Rocha Gauch

Professora Associada III da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Pará (UFPA)
E-mail: lrgauch@ufpa.br

Renata Antunes Esteves

Professora Associada II da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Pará (UFPA)
E-mail: estevesra@gmail.com

Isabelle Rocha Gauch

Residente em Cirurgia Geral SUS-SP
E-mail: Isabellegauch.uepa@gmail.com

Tasso César da Costa Pereira

Acadêmico de Odontologia da Universidade Federal do
Pará (UFPA).
E-mail: Tarso.cesarp@gmail.com

Hercules Bezerra Dias

Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Pará (UFPA)
E-mail: herculesdias@ufpa.br

Davi Lavareda Corrêa

Professor Adjunto da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Pará (UFPA)
E-mail: davalavareda2@yahoo.com.br

Vania Castro Corrêa

Professora Associada III da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Pará (UFPA)
E-mail: vania@ufpa.br

Suelen Castro Lavareda Corrêa

Força Aérea Brasileira (FAB)
E-mail: suelenlavaredam@gmail.com

Sue Ann Lavareda Corrêa Uchôa

Centro de Pesquisa São Leopoldo Mandic
E-mail: sueann.lavareda@yahoo.com.br

João Pedro Costa Pedrosa

Origem: Graduando de Odontologia da UFMA
E-mail: joao.pedrosa@discente.ufma.br

Simone Soares Pedrosa

Professora Associada III da Faculdade de Odontologia da
Universidade Federal do Pará (UFPA)
E-mail: sspedrosa@ufpa.br

RESUMO

Apesar dos avanços tecnológicos na Odontologia, sentimentos negativos ainda prevalecem na área, como é o caso da odontofobia, que a Organização Mundial da Saúde classifica em três estágios. Pacientes com essa condição frequentemente postergam tratamentos, colaboram pouco e recorrem a medicações paliativas, comprometendo sua saúde bucal. Este estudo relata o caso de uma paciente que enfrentou complicações orais devido à odontofobia, destacando o plano de tratamento reabilitador adotado, suas fases e resultados obtidos. O diagnóstico de ansiedade foi realizado utilizando a Escala de Ansiedade Odontológica (DAS), criada por Corah em 1969. Conclui-se que compreender as condições gerais do paciente e a motivação para buscar tratamento odontológico é crucial para um diagnóstico adequado e para estabelecer um plano de tratamento eficaz. A instalação das próteses resultou em uma melhora significativa na autoestima da paciente, seu bem-estar social, redução da ansiedade e melhorias na alimentação.

Palavras-chave: Odontologia, Ansiedade, Tratamento, Prótese dentária.

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos numerosos avanços tecnológicos na Odontologia ao longo dos anos, sentimentos negativos ainda são comuns nessa área¹. A "odontofobia", uma aversão irracional à odontologia, é oficialmente reconhecida e descrita no Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais e na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde². A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a odontofobia como uma doença real e estima que afete aproximadamente 15 a 20% da população mundial³. Essa condição é dividida em três estágios de severidade. Leve: caracterizada como ansiedade dental:

1. Moderada: caracterizada como medo dental.
2. Grave: caracterizado por fobia dental.

Nesses casos, os pacientes frequentemente adiam seus tratamentos odontológicos, demonstram falta de cooperação e recorrem ao uso de medicações paliativas, o que pode agravar e comprometer seriamente a saúde oral⁴. No Brasil, um estudo realizado na região Nordeste indica que o medo e a ansiedade em relação à odontologia são significativos, com uma incidência variando entre 10% e 44%⁷.

A ansiedade dentro do consultório odontológico é frequentemente desencadeada pelo uso de instrumentos como brocas, agulhas e seringas, além dos sons dos motores e movimentos bruscos, que podem causar apreensão e tornar a experiência desagradável⁶. Pessoas ansiosas tendem a ter uma frequência menor de visitas ao dentista, resultando em um maior número de dentes cariados ou ausentes e menos restaurações em comparação aos indivíduos não ansiosos. Como consequência, a saúde bucal comprometida pode afetar negativamente a vida social do paciente⁷.

O medo do tratamento odontológico representa um desafio tanto para o paciente quanto para o cirurgião-dentista⁸. Este problema está intimamente ligado à percepção que se tem do dentista. Portanto, é crucial que o profissional, além de suas habilidades técnicas, esteja equipado com o conhecimento necessário para identificar e gerenciar o medo e a ansiedade de forma eficaz⁴. A Escala de Ansiedade Dental (DAS – Dental Anxiety Scale), desenvolvida por Corah, é o instrumento mais utilizado internacionalmente para identificar a odontofobia e determinar seu nível, sendo reconhecida por sua simplicidade e confiabilidade em testes repetidos⁹. O manejo inicial da ansiedade deve ser abordado de forma não invasiva, estabelecendo uma boa relação entre profissional e paciente, explicando os procedimentos e utilizando técnicas comportamentais, como ocultar instrumentos perfurocortantes. Em casos mais severos, pode ser necessária a intervenção com terapias farmacológicas¹⁰.

Os problemas clínicos na cavidade oral, especialmente a perda de dentes, impactam significativamente a qualidade de vida de muitas pessoas, afetando diversos aspectos como função, aparência, relações interpessoais e até oportunidades profissionais¹¹. As principais preocupações dos

pacientes envolvem conforto, funcionalidade e estética. Quando esses aspectos não correspondem às expectativas do paciente, é comum observar respostas psicossociais como ansiedade, insegurança, redução da autoestima e introversão¹².

A reabilitação oral assume um papel crucial não apenas no tratamento de doenças, mas também em promover o bem-estar social e mental dos pacientes. A manutenção de uma boa saúde oral é essencial para o bem-estar psicológico e funcional do indivíduo¹³. A ausência de dentes pode afetar funções importantes como a fala, devido a alterações na morfologia e musculatura da cavidade oral, uma vez que os dentes desempenham um papel vital na produção de sons ao obstruir a passagem de ar. Além disso, a perda dentária impacta negativamente a capacidade de mastigação. Para resolver esses problemas, a solução é a reabilitação oral protética, que pode incluir próteses parciais, totais ou implantes dentários¹⁴.

A prótese dentária é a área da ciência que se dedica à substituição da porção coronária dos dentes, visando restaurar as funções perdidas, melhorar a estética, o conforto e a saúde do paciente. Ela também foca na fonética, na postura e no reestabelecimento do equilíbrio do sistema estomatognático¹⁷.

O presente trabalho tem como objetivo relatar o caso clínico de uma paciente que enfrentou complicações orais devido à odontofobia. Além disso, visa demonstrar o plano de tratamento reabilitador adotado, descrevendo suas etapas e os resultados alcançados.

2 RELATO DE CASO

Uma paciente de 50 anos, do sexo feminino, procurou a Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), sendo atendida na Clínica Integrada III. Ela apresentava queixas de dor, estética comprometida, mastigação ineficiente, baixa autoestima e dentes em condição precária, o que impactava negativamente sua qualidade de vida. Relatou dificuldades na alimentação, no convívio social, nas oportunidades profissionais e até mesmo perda de peso. Com um histórico traumático em consultórios odontológicos, a paciente sentia-se temerosa e incapaz de buscar o tratamento adequado para seus dentes, levando-a a buscar auxílio na UFPA.

Durante a primeira consulta, uma anamnese detalhada foi realizada para avaliar o grau de ansiedade e medo da paciente, além de seu histórico odontológico e médico, queixa principal e hábitos de higiene bucal. Para diagnosticar a ansiedade, foi utilizada a Escala de Ansiedade Odontológica (DAS), desenvolvida por Corah em 1969. Esta escala inclui quatro itens, cada um com cinco alternativas, projetada especificamente para medir o nível de ansiedade odontológica do paciente, atribuindo escores de 4 a 20. Um escore igual ou superior a 15 indica um nível elevado de ansiedade. Na primeira consulta, a paciente alcançou um escore de 16, sendo classificada como extremamente ansiosa.

A utilização da Escala de Ansiedade Odontológica (DAS) provou ser crucial para o condicionamento adequado da paciente. Devido aos altos níveis de ansiedade identificados, um encaminhamento para acompanhamento psicológico foi solicitado. Além disso, para garantir que as consultas na clínica odontológica da faculdade fossem produtivas, foi necessário estabelecer um relacionamento de confiança entre a aluna, atuando como dentista, e a paciente. Nas primeiras sessões, foram realizados diálogos explicativos sobre cada etapa do tratamento. Acordos foram estabelecidos para assegurar o conforto e a confiança da paciente, incluindo a garantia de que o procedimento seria interrompido imediatamente em caso de dor, a importante assiduidade às consultas, a sinceridade sobre as sensações durante o tratamento e o alinhamento das expectativas quanto aos resultados. Além disso, foram apresentados os instrumentos básicos que seriam usados, como o kit clínico, a cadeira odontológica e seu funcionamento, bem como o ambiente da clínica e o papel dos professores na supervisão dos alunos. A paciente mostrou-se receptiva e compreensiva com essas primeiras abordagens e, motivada pelos severos problemas orais e seus impactos na sua saúde e vida social, estava disposta a mudar sua perspectiva e aceitar os tratamentos propostos.

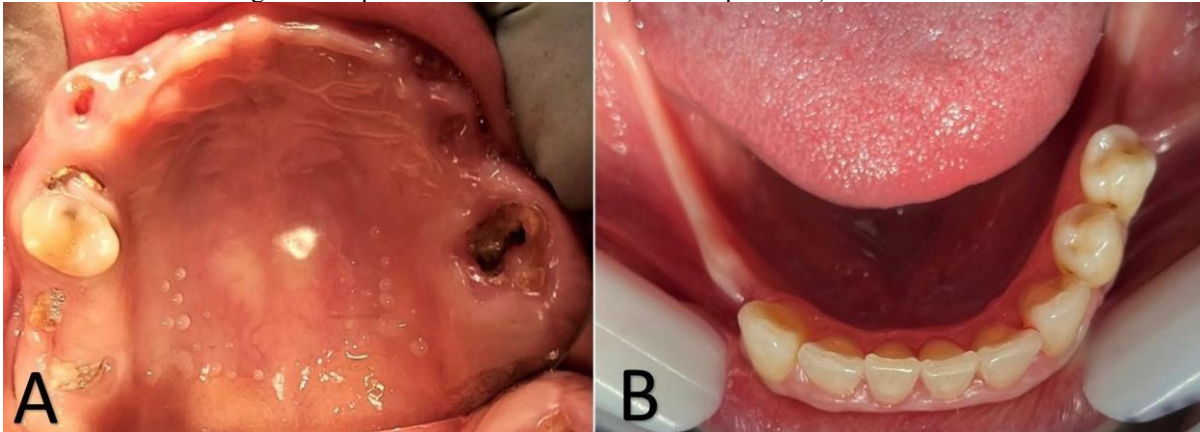
No exame clínico extraoral, observou-se pequena assimetria para o lado esquerdo e sulco nasogeniano bem demarcado. Lábios superiores caídos e cobrindo o sorriso, permitindo que somente os dentes inferiores aparecessem (Figuras 1).

Figura 1. Aspecto clínico. A) Aspecto frontal mostrando o sorriso. B) Aspecto frontal. C) Aspecto de perfil.



No exame clínico intraoral, observou-se ausências dentárias nas duas arcadas, superior e inferior (Figura 2).

Figura 2. Aspecto clínico intraoral. A) Arco superior. B) Arco inferior.



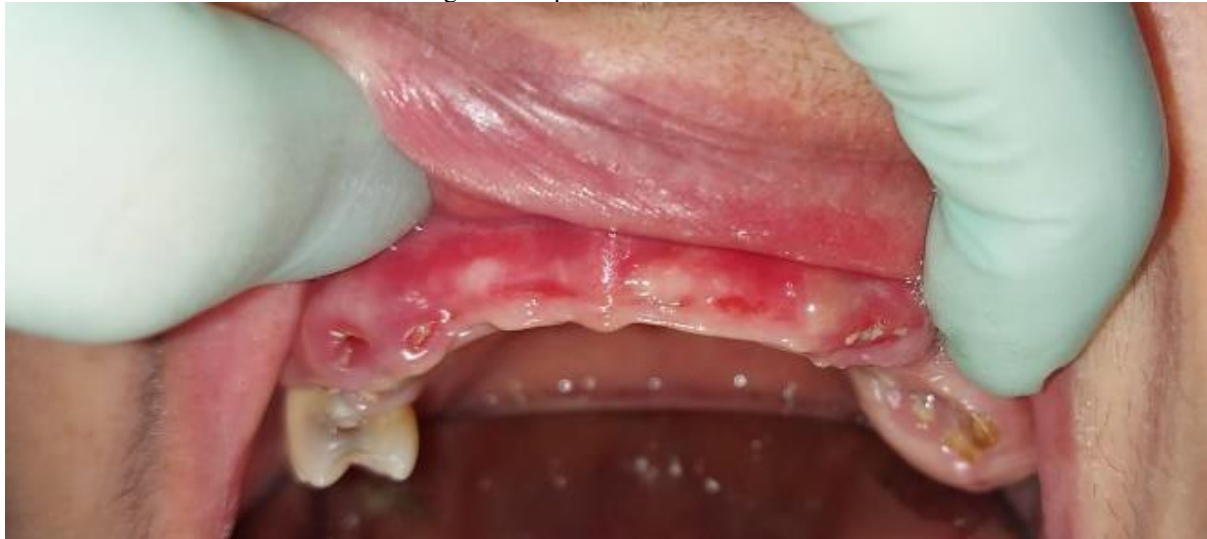
Na arcada superior, ausência da coroa de múltiplos dentes, com exceção do elemento 15, sem mobilidade e com lesão de cárie. Foi solicitado o exame radiográfico panorâmico (Figura 3) onde se identificou as raízes residuais dos elementos 11, 12, 13, 21, 22, 23, 26 e 27 na arcada superior, além de fragmentos dos elementos 14, 16, 17, 24, 25 e 27. Na arcada inferior, observou-se presença de todos os elementos anteriores, além dos pré-molares 34 e 35 e da raiz residual do elemento 44. Os molares estavam ausentes na arcada inferior.

Figura 3. Radiografia panorâmica.



A fibromucosa oral da arcada superior apresentava sinais de inflamação (Figura 4), como vermelhidão e dor ao toque relatado pela paciente.

Figura 4. Aspecto clínico intraoral.



O diagnóstico e plano de tratamento foram realizados pelas equipes da Clínica Odontológica Integrada III e IV da UFPA nas especialidades de periodontia, com raspagens nos elementos inferiores; cirurgia, para remoção das raízes residuais, fragmentos e elemento 15; dentística, para redução de retenção nas áreas cervicais dos dentes; e prótese, para prótesetotal definitiva (PT) no arco superior e prótese parcial removível (PPR) no arco inferior.

Para iniciar o tratamento oral de fato, foram realizadas duas sessões de raspagem periodontal nos elementos inferiores com curetas manuais de Gracey, alisamento e polimento. Ao final de cada sessão, foi feita a educação em saúde bucal, explicando as técnicas de escovação e como ocorre a doença cárie. Bochechos com clorexidina a 0,12% por 1 minuto, 2x ao dia foi recomendado para auxiliar na higienização, principalmente devido às raízes residuais que a paciente apresentava e que facilitava o acúmulo de alimentos nessas regiões, não sendo possível a higienização normal com escova de dentes. Em seguida, modelos de estudo foram confeccionados através de moldeiras de estoque e alginato, vazados com gesso pedra.

Foi planejado a extração das raízes residuais, fragmentos dentais e elemento 15. O planejamento das exodontias foi feito com análise dos exames clínicos, exames radiográficos, complementares (hemograma e coagulograma com resultados normais) e verificação da pressão arterial (110 x 80 mmHg). No pré-operatório a paciente foi orientada mais uma vez sobre o procedimento, conversando sobre quais extrações iriam ser realizadas em cada sessão e a importância do tratamento. Por conta da ansiedade da paciente, as exodontias foram realizadas em 4 sessões, com calma e conversando sempre com a paciente durante o procedimento para distraí-la e manter a confiança no tratamento. Na primeira sessão, foram removidas as raízes residuais dos elementos 11, 21, 12 e 22. Na segunda sessão foram removidos a raiz residual do elemento 13, o fragmento de coroa do elemento 14 e elemento 15. Na terceira sessão foram removidas as raízes residuais dos elementos 23, 26 e 27 e fragmentos de coroa

dos elementos 24 e 25. Na quarta sessão foram removidos os fragmentos dentais dos elementos 16 e 17 e a raiz residual do elemento 44.

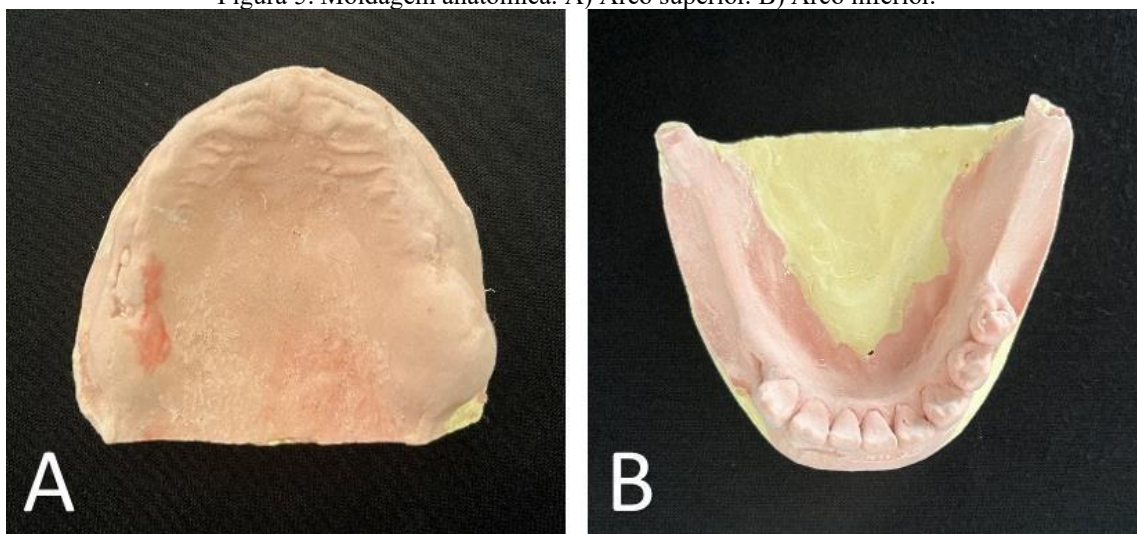
Antes de todos os procedimentos cirúrgicos, foi verificada a pressão arterial da paciente, realizada a antisepsia com clorexidina 2% no rosto e bochechos de clorexidina a 0,12% para diminuir a carga microbiana. A mesa com os instrumentais estéreis estava sempre coberta com TNT estéril quando a paciente chegava na clínica, a fim de diminuir sua ansiedade frente ao procedimento e visualização dos instrumentais.

Realizou-se as exodontias com lâminas de bisturi ao redor dos rebordos das raízes, descolador molt, alavancas e fórceps. Ao final, foi feito a curetagem e irrigação do alvéolo com soro fisiológico, com o objetivo de remover quaisquer lesões e resíduos. As suturas foram realizadas com fio de seda não-reabsorvível, para manter o coágulo estável e melhorar a cicatrização.

As orientações pós-operatórias, feitas de forma verbal e por escrito, consistiram em compressas de gelo para diminuir edemas; evitar esforço físico e exposição ao sol; dieta pastosa e fria, nas primeiras 48h após cirurgia. O receituário foi prescrito com anti-inflamatório Nimesulida 100mg, 1 comprimido a cada 12h por 3 dias; e analgésico Dipirona 500mg, 1 comprimido a cada 6h em casos de dor. Os medicamentos foram prescritos de acordo com o que a paciente já tinha em casa e estava habituada a tomar. Após 7 dias, as suturas foram removidas. A paciente apresentou boa cicatrização, dentro do esperado e não houve relato de dor no pós-operatório.

Após a adequação da cavidade oral, com as exodontias realizadas, foi utilizado alginato e moldeira de estoque para fazer a moldagem anatômica dos arcos superior e inferior (Figura 5). Com os modelos de gesso prontos, o estudo para o planejamento das próteses foi realizado.

Figura 5. Moldagem anatômica. A) Arco superior. B) Arco inferior.



A partir do modelo de estudo superior, foi confeccionada uma moldeira individual com resina acrílica incolor (Figura 6). Após os ajustes da moldeira individual, foi realizada a técnica de compressão

mista com a godiva para o selado periférico e a silicona envolvendo toda a área chapeável, para obtenção do modelo funcional. A partir do modelo, foram confeccionadas duas bases de prova; a primeira para realizar o registro com arco facial e montagem do modelo superior no ASA e a segunda com rolete de cera para o registro interoclusal e marcação das linhas de referência (Figura 6).

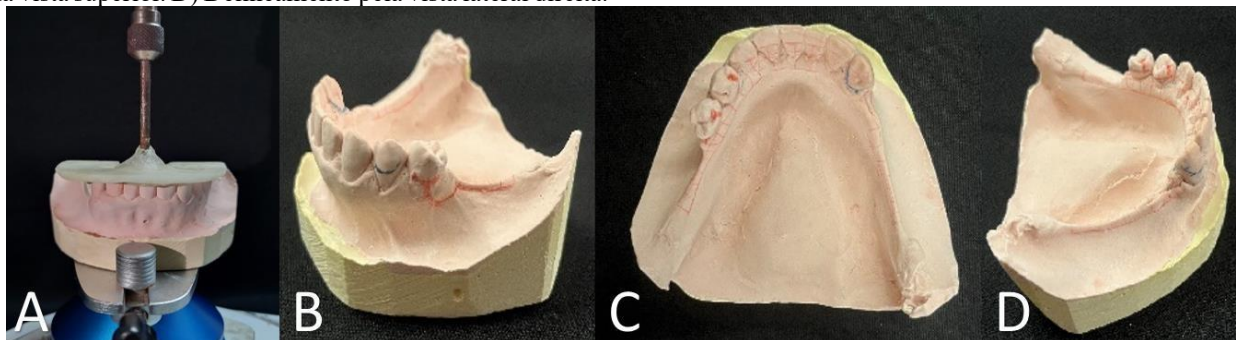
Figura 6. Moldeira individual e bases de prova. A) Moldeira individual. B-C) Bases de prova.



Com o modelo de estudo inferior, iniciou-se o estudo e planejamento da PPR. Com a perda dentária bilateral posterior, o caso caracteriza-se como Classe I na classificação de Kennedy, tendo como retentores diretos os elementos 43 e 35. O elemento 34 caracteriza-se como retentor indireto.

O planejamento da estrutura da PPR foi realizado com o delineador. Iniciou-se com a ponta analisadora para definir a trajetória de inserção da prótese com o método de Roach. Em seguida, utilizou-se as pontas calibradoras para verificar as áreas retentivas do rebordo e dos dentes nas faces vestibular, lingual e distal dos retentores diretos e indireto. Após definir o plano e fixar a mesa, foi confeccionado uma placa de transferência com resina acrílica incolor e parafuso. Para finalizar o delineamento, foi traçado o equador protético com as pontas de grafite, contornando os retentores diretos e indireto. Planejou-se então o desenho da estrutura da PPR, com a escolha dos grampos de ação de ponta, localização de nichos e placa lingual (Figura 7).

Figura 7. Processo de delineamento. A) Placa de transferência. B) Delineamento pela vista lateral esquerda. C) Delineamento pela vista superior. D) Delineamento pela vista lateral direita.

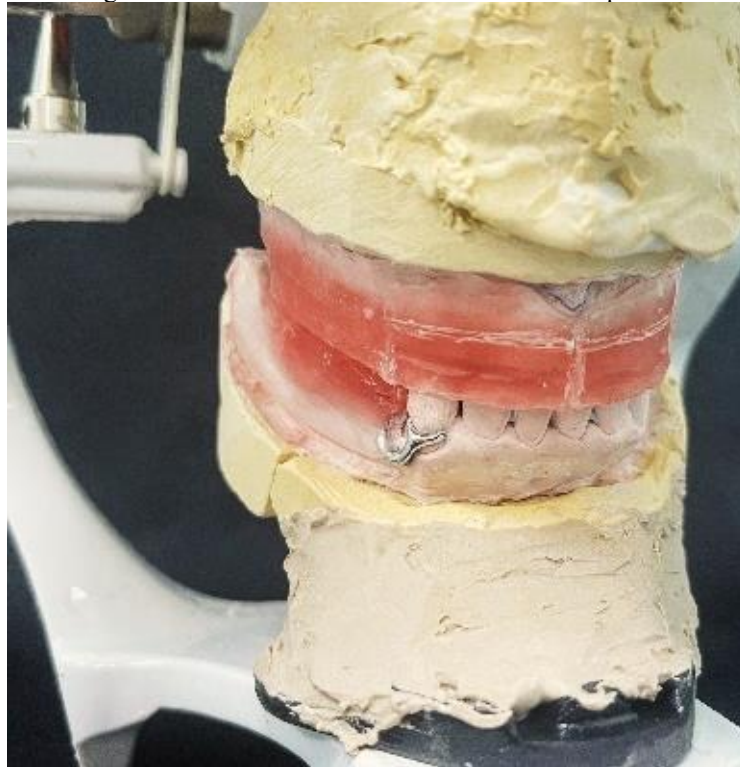


Para melhorar a adaptação dos grampos, estabilidade da prótese e eliminar retenções, foram realizadas restaurações com resina composta nos elementos 35, face vestibulo-distal e 43 na face distal. As faces foram submetidas à aplicação de ácido fosfórico a 37%, por 15 segundos. Após lavagem e secagem com papel absorvente, o sistema adesivo utilizado foi o Single Bond Universal da 3M, com auxílio do aplicador descartável microbrush. A resina utilizada foi a Opallis da FGM, cor A3,5. Um novo modelo de estudo foi obtido com as novas alterações com resina e passou por todas as etapas anteriores no delineador de forma criteriosa. Com as modificações, realizou-se o desgaste na face vestibular e distal do elemento 35 com suporte de caneta para delineador e broca reta PM82. A confecção de casquete de transferência foi necessária para realizar o preparo de boca.

No preparo de boca, foram executados nichos na oclusal-mesial dos dentes 34 e 35, no cingulo do dente 43 e nas faces vestibulares dos dentes 35 e 43 para adaptação dos grampos. Em seguida, realizou-se a moldagem funcional com silicona de condensação em duas etapas (primeiro com silicona pesada seguido da silicona leve) para obtenção do modelo de trabalho. O modelo de trabalho foi delineado e desenhado para ser encaminhado ao laboratório de prótese para a confecção da estrutura metálica que posteriormente foi adaptada em boca, apresentando boa adaptação.

Uma base de prova inferior com rolete de cera nas regiões edêntulas foi confeccionada em cima da estrutura metálica para o registro interoclusal juntamente com a base de prova superior, e em seguida, para a montagem do modelo funcional inferior em ASA. Foi analisada a posição da mandíbula em relação à maxila, na relação cêntrica e definição da Dimensão Vertical de Oclusão (DVO), a partir de testes fonéticos, estéticos, métricos e proporções faciais. Com as bases de prova em boca, houve a marcação das linhas de referência, seleção dos dentes artificiais. Na mesma sessão, foi realizado também a seleção da cor da gengiva. Os dentes selecionados foram da escala Trilux e a cor A2. O articulador com os modelos, bases de prova e marcações foi enviado ao laboratório protético para a montagem dos dentes inferiores e superiores (Figura 8). Na sessão seguinte, com a montagem dos dentes artificiais feita, provou-se as próteses na boca para ajustes funcionais e estéticos necessários. Em seguida, as próteses retornaram ao laboratório para a acrilização.

Figura 8. Articulador com os modelos e bases de prova.



A instalação das próteses foi realizada na sessão subsequente. Utilizou-se a pasta base zincoenólica de forma pincelada nas próteses para realizar os ajustes e não causar injúrias à gengiva da paciente, identificando pontos de atrito. Para isso, as próteses foram colocadas em boca e pediu-se para a paciente morder e fazer diferentes movimentos com a mandíbula. Os locais onde a pasta base foi removida, precisou ser aliviado, pois houve pressão com a mucosa de forma desproporcional ao restante da prótese, podendo causar injúrias aos tecidos orais (Figura 9).

Com a finalização do caso, a paciente foi orientada novamente quanto a higiene oral e os cuidados com as próteses. Foi reforçado a importância das visitas ao dentista e realizado novamente a Escala de Corah para verificar a evolução da paciente quanto à Odontofobia durante o tratamento odontológico do presente trabalho. O resultado da Escala foi o escore de 9, caracterizando a paciente em levemente ansiosa.

Figura 9. Aspecto clínico final. A) Aspecto clínico frontal com sorriso. B) Aspecto clínico frontal sem sorriso. D) Aspecto intraoral do arco superior. E) Aspecto intraoral do arco inferior. F) Próteses dentárias.



3 DISCUSSÃO

O medo do tratamento odontológico geralmente se origina de experiências dolorosas e traumáticas vivenciadas na infância ou adolescência, além de um desconhecimento sobre os procedimentos odontológicos^{5,16}. Esses fatores foram determinantes para o desenvolvimento da odontofobia na fase adulta da paciente descrita no caso clínico. Devido ao medo do consultório odontológico e à falta de orientação adequada sobre higiene oral em casa, a paciente enfrentou diversas consequências negativas para sua saúde bucal. Comumente, ela adiava os tratamentos sempre que experimentava dor dental, recorrendo ao uso de medicações como analgésicos e anti-inflamatórios, o que apenas exacerbava o problema inicial. Isso resultou em perdas dentárias significativas e comprometimento tanto estético quanto funcional.

A literatura indica que profissionais que identificam pacientes com medo ou ansiedade devem investigar qual procedimento específico desencadeou essa condição e oferecer um acolhimento adequado para minimizar o problema. O acolhimento é reconhecido como um método eficaz no

tratamento da odontofobia e é um aspecto fundamental de um atendimento humanizado^{8,18}. No caso em questão, o acolhimento efetivo à paciente, a disposição para o diálogo e o respeito foram cruciais para a aceitação e conclusão do tratamento. O uso da Escalade Ansiedade Dental (DAS), desenvolvida por Corah, é especialmente valorizado para o diagnóstico de ansiedade odontológica. Um artigo publicado em 2004 destacou que, dentre três escalas avaliadas em um estudo, a DAS foi considerada a mais confiável e capaz de estabelecer um tratamento adequado¹⁹. Com base nessa avaliação, a DAS foi a ferramenta escolhida para auxiliar no diagnóstico e no condicionamento da paciente neste caso clínico.

Junto à identificação da odontofobia, é recomendável que o cirurgião-dentista encaminhe os pacientes a um psicólogo ou psicoterapeuta. O objetivo é que recebam suporte especializado para superar o medo e os diversos obstáculos que afetam sua vida em geral⁴. No caso em discussão, a paciente foi encaminhada a um psicólogo, que desempenhou um papel crucial ao ajudá-la a enfrentar os atendimentos odontológicos de maneira mais efetiva e menos angustiante.

A principal queixa da paciente era a estética comprometida e a função mastigatória inadequada, que afetavam seu convívio social e a capacidade de se alimentar corretamente, impactando também sua autoestima. Segundo a literatura, as mulheres frequentemente apresentam níveis mais altos de ansiedade e sentimentos negativos relacionados à perda dentária, resultando em menor confiança^{8,17}. O plano de tratamento foi escolhido com base nesses aspectos, visando restaurar a confiança da paciente em si mesma e melhorar seu relacionamento social.

As próteses dentárias representam uma alternativa viável para pacientes com histórico de odontofobia, pois geralmente não requerem cirurgias ou preparações prolongadas, tornando o tratamento mais facilmente aceitável. Curiosamente, a literatura não apresenta estudos que relacionem especificamente a reabilitação oral com próteses ao tratamento dos danos causados pela odontofobia. Este aspecto destaca uma potencial área de pesquisa que poderia explorar mais profundamente como as próteses podem aliviar os impactos psicológicos associados ao medo de tratamentos odontológicos.

No caso em questão, após a instalação das próteses, observou-se uma melhora considerável na autoestima e no convívio social da paciente, além de uma diminuição da ansiedade e uma melhoria na alimentação. As funções mastigatórias e estéticas foram restauradas, proporcionando à paciente uma qualidade de vida significativamente melhorada.

4 CONCLUSÃO

Compreender as condições gerais da paciente, além da própria doença que a motivou a buscar ajuda odontológica, foi crucial para um adequado condicionamento, diagnóstico e elaboração do plano de tratamento. Com base no caso clínico apresentado e nas discussões subsequentes, fica claro que o profissional precisa ir além das habilidades técnicas, entendendo profundamente as expectativas e



necessidades do paciente. Pacientes com odontofobia necessitam de um acolhimento e uma reabilitação que estejam alinhados com suas expectativas. A reabilitação oral utilizando próteses removíveis representa uma opção menos traumática e eficaz, restabelecendo a saúde bucal, bem como a função e a estética do paciente.



REFERÊNCIAS

Batista TRM, Vasconcelos LMR, Vasconcelos MG, Vasconcelos RG. Medo e ansiedade no tratamento odontológico: um panorama atual sobre aversão na odontologia. *Rev. Salusvita (Online)*. 2018; 37(2):449-69.

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1050612>

Appukuttan DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical, cosmetic and investigational dentistry*. 2016. (8): 35-50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4790493/>

Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clinical psychology review*. 2017; (55): 25-40.

Disponível em:

https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735816302331?casa_token=Ecqeh3iuGm0AAAAA:WtnhlAmXG4J_5RqEubr8KlyoAE_mCZY0u8S-Zj_kfC7X3VJY2fc0PWTVLsqDkO0ZmGDPLT2GgA6X.

De Stefano R. Psychological factors in dental patient care: odontophobia. *Medicina*. 2019; 55(10): 678. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1648-9144/55/10/678/html#B2-medicina-55-00678>

do Nascimento, DL, Araújo ACS, Gusmão ES, Cimões R. "Anxiety and fear of dental treatment among users of public health services." *Oral Health and Preventive Dentistry*. 2011; 9:329-337.

Disponível em: http://www.quintpub.com/userhome/ohpd/ohpd_2011_04_s0329.pdf

Bottan ER, Oglio JD, de Araújo SM. Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes do ensino fundamental. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2007; 7(3): 241-6.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/637/63770308.pdf>

Cunha AVS. Manejo do medo e ansiedade em odontologia: revisão de literatura. 2019. Disponível em: <https://ri.cesmac.edu.br/bitstream/tede/496/3/Manejo%20do%20medo%20e%20ansiedade%20em%20odontologia%20revis%C3%A3o%20de%20literatura.pdf>

Penteado LAM. Impacto da ansiedade, do medo ao tratamento odontológico e da condição bucal na qualidade de vida de usuários de serviços odontológicos. 2017. Disponível em: <https://attena.ufpe.br/bitstream/123456789/25175/1/TESE%20Luiz%20Alexandre%20Moura%20Penteado.pdf>

Corah, Norman L. Development of a dental anxiety scale. *Journal of dental research*. 1969; 28(8): 596-596.

Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/00220345690480041801>.

De Melonardino AP, Dieinifer PR, Gimenes M. Ansiedade: detecção e conduta em odontologia. *Uningá Journal*. 2016; 48(1).

Disponível em: <http://34.233.57.254/index.php/uninga/article/download/1282/index.html>

de Pinho Assis, Ana Cláudia Marques. Estudo da qualidade de vida de pacientes portadores de Prótese Dentária Removível. (2013).

Disponível: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/86175/2/158001.pdf>

Barbieri CH, Rapoport A. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes reabilitados com próteses implanto-muco-suportadas versus próteses totais convencionais. *Rev. bras. cir. cabeça pescoço*. 2009; 38(2): 84-7.



Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-515422>.

Assis, ACMP. Estudo da qualidade de vida de pacientes portadores de próteses dentárias removíveis *Apud* Ship JA. Improving oral health in older people. *J Am Geriatr Soc.* 2002; 50(8):1454-5. Epub 2002. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/86175/2/158001.pdf>

Rosa, RR, Giédre BF. Fala e reabilitação oral protética: revisão integrativa. *Distúrbios da Comunicação.* 2015. 27(1): 174-81
Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/19210/16337>

de Abreu CW, Efraim M. Os fatores que influenciam na satisfação do paciente submetido a tratamento de prótese total convencional. *HU Revista.* 2011. 37(4) *apud* Stecca E. Avaliação do grau de satisfação da retenção e da estabilidade de próteses totais convencionais. 2007. Dissertação (Mestrado em Reabilitação Oral) – Faculdade de Odontologia, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/1559/604>

de Oliveira FC, Martins MS. O atendimento humanizado como fator de diferenciação do profissional da Odontologia em relação à pacientes fóbicos: Revisão de literatura. *Archives of Health.* 2020; 1(3): 78-94. Disponível em: <https://latinamericanpublicacoes.com.br/ojs/index.php/ah/article/view/26/21>

Probst, LF, Ambrosano GMB, Cortellazi KL, Guerra LM, Dasilva MR, Tomar S, et al. Fatores associados aos sentimentos decorrentes da perda dentária total e às expectativas de reposição protética em adultos e idosos. *Cadernos Saúde Coletiva.* 2016. 24(3): 347-54.
Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/rtJqfMybMLCVJ9Fm4GnC4Nb/?format=pdf&lang=pt>

Ramírez AC., Girón BT, Armass OS, Pérez MP. Effectiveness of hypnosis in combination with conventional techniques of behavior management in anxiety/pain reduction during dental anesthetic infiltration. *Pain research and management.* 2017.2017.
Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/prm/2017/1434015/>

Eli, I., R. Baht, and S. Blacher. Prediction of success and failure of behavior modification as treatment for dental anxiety. *European journal of oral sciences.* 2004. 112(4): 311-315.
Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1600-0722.2004.00140.x?casa_token=VEEiL_Q_ra8AAAAA%3A_qhcVV1bAK5WSZ2NCP5Y3896t_jrvIbh0MWHxJiUwWvXj5v9hQS4eZKRINpGcVt2IZ75-7-tobdzrieA



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

AUTORIZAÇÃO PARA ANAMNESE, DIAGNÓSTICO, COLETA DE DADOS, TOMADA DE IMAGENS E USO DE INFORMAÇÕES PARA PESQUISAS E PARA TRABALHOS ACADÊMICOS

Prezado paciente, este documento tem como objetivo informar você sobre o funcionamento e as normas de atendimento da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), assim como obter seu consentimento (autorização) para realização de determinados procedimentos e condutas, que serão descritos a seguir. Você poderá tirar quaisquer dúvidas com os responsáveis por seu atendimento nessa Instituição e deverá assinar este documento se concordar com os termos estabelecidos.

Ao assinar este documento, você declara que está ciente que o tratamento odontológico realizado nas clínicas da Faculdade de Odontologia da UFPA é executado por alunos dos cursos de graduação e de pós-graduação em Odontologia, sob supervisão e auxílio de professores, monitores, cirurgiões-dentistas e outros colaboradores da Instituição.

Ao assinar este documento, você autoriza que os alunos e os servidores dessa Instituição façam diagnóstico, coleta de dados pessoais, plano de tratamento, solicitação de exames e prescrição de medicamentos relacionados às suas condições de saúde-doença relacionadas a todas as áreas de atuação da Odontologia.

Ao assinar este documento, você autoriza que as informações, fornecidas por você, relacionadas ao seu tratamento odontológico sejam utilizadas para fins de pesquisa científica, de ensino, de apresentação de trabalhos acadêmicos (trabalhos que os alunos apresentam durante o curso como requisito para formação) e de divulgação de resultados de pesquisas em revistas científicas nacionais e internacionais, com respeito aos princípios éticos e com a preservação de seu direito ao sigilo profissional nas demais questões.

Isso quer dizer que você concorda que suas fotografias (de dentro e de fora da boca), seus resultados de exames clínicos e de imagem (radiografias, tomografias, entre outros), seus dados pessoais (idade, sexo, raça, histórico médico e odontológico) e quaisquer outras informações relacionadas ao seu diagnóstico e/ou ao seu tratamento odontológico sejam utilizados para fins de ensino, de apresentação de trabalhos e de publicação de resultados de pesquisas em revistas científicas nacionais e internacionais. Em nenhum momento a sua identidade será divulgada.

Sua participação é voluntária. Ou seja, decorre de sua livre decisão de autorizar essas questões depois de ler este documento e de tirar suas dúvidas com os profissionais. Além disso, você poderá retirar seu consentimento (autorização) a qualquer momento.

Declaração do paciente (se maior de idade/incapaz)

Eu, LILIA MONTEIRO DE SOUZA, RG nº 2177843, declaro, para todos os fins legais, que esclareci minhas dúvidas, li e concordo com os quesitos estabelecidos por este termo.

Belém-PA, 09/07/21.

Lilia de Souza

Assinatura do paciente