

Fatores relacionados ao medo e ansiedade no atendimento odontológico na Atenção Básica

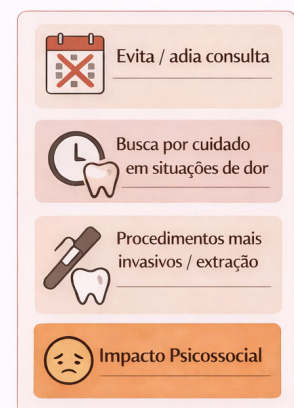
Ludmilla Cruz Costa Daltro de Castro¹  Roger Flores Ceccon¹  Antonio Carlos Picalho¹ 
Carlos Alberto Severo Garcia Júnior¹ 

¹Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis/SC, Brasil.
E-mail: tonipicalho@gmail.com

Resumo Gráfico

Highlights

- Fatores socioeconômicos e experiências traumáticas intensificam o medo e a ansiedade no atendimento odontológico.
- O acesso limitado aos serviços de saúde bucal contribui para a procura tardia e para práticas odontológicas mais invasivas.
- O acolhimento e a odontologia preventiva são estratégicos para reduzir desigualdades na Atenção Básica.



Elaboração própria com auxílio de inteligência artificial (imagem ilustrativa).

Resumo

O tratamento odontológico ainda é visto como um procedimento traumático por muitas pessoas, especialmente em decorrência de experiências prévias associadas à dor ou a eventos que desencadearam medo. A escassez de serviços odontológicos disponíveis, especialmente para adultos, levava a uma procura tardia por atendimento, tornando a extração dentária a principal intervenção do serviço público. Aliado a isso, a ansiedade ao tratamento odontológico exerce um grande impacto no bem-estar psicossocial, especialmente entre os usuários que adiam o tratamento odontológico, resultando em sérios problemas de saúde bucal. Esse impacto é ainda mais pronunciado em famílias com baixa renda, escolaridade e acesso limitado a cuidados odontológicos preventivos e curativos. Teve por objetivo analisar como os fatores socioeconômicos se relacionam com os medos e as ansiedades frente ao atendimento odontológico na Atenção Básica. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratória descritiva, realizado no Centro de Saúde (CS) de Canasvieiras no município de Florianópolis/SC por meio de entrevista semiestruturada com dez usuários ativos entre agosto e setembro de 2024, com idades de 23 a 66 anos. O medo e a ansiedade no consultório odontológico estão fortemente associados a experiências traumáticas e fatores socioeconômicos, enquanto o acesso limitado aos serviços de saúde bucal amplia as desigualdades e reforça a necessidade de políticas públicas com foco na equidade desses serviços. Para mudar esse cenário, é essencial priorizar políticas públicas de saúde bucal, focando na odontologia preventiva, no acolhimento e na conscientização da população.

Palavras-chave: Assistência Odontológica. Tratamento Odontológico. Saúde Bucal. Fatores Socioeconômicos. Ansiedade.

Editor de área: Edison Barbieri
Mundo Saúde. 2026,50:e19832026
O Mundo da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.
<https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br>

Recebido: 05 março 2026.
Aprovado: 23 abril 2026.
Publicado: 05 maio 2026.

INTRODUÇÃO

O tratamento odontológico ainda é frequentemente percebido como uma experiência potencialmente traumática por parte de muitos usuários, sobretudo em função de vivências prévias associadas à dor ou a situações que desencadeiam medo. Esse sentimento pode ser compreendido como uma resposta a estímulos interpretados como ameaçadores, antecipando a ocorrência de sofrimento^{1,2}. No contexto da atenção em saúde bucal, medo e ansiedade configuram-se como fenômenos complexos, que não se restringem à dimensão individual, mas são atravessados por experiências sociais, históricas e culturais³.

A constituição dessas experiências no Brasil está diretamente relacionada ao modo como a atenção em saúde bucal foi historicamente organizada. Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção em saúde bucal no Brasil estruturava-se sob um modelo assistencial excludente, marcado pela baixa cobertura populacional, forte segmentação do acesso e focalização de ações em grupos específicos, sobretudo escolares, por meio de programas verticalizados e de caráter preventivista restrito⁴. Nesse contexto, predominavam práticas centradas em intervenções curativas e mutiladoras, com destaque para as exodontias como principal resposta às demandas acumuladas, evidenciando a baixa resolutividade e a lógica de atenção tardia. Além disso, a organização dos serviços caracterizava-se pela fragmentação do cuidado, dissociando ações preventivas, curativas e reabilitadoras, o que contribuía para a descontinuidade assistencial e para a manutenção de elevados índices de doenças bucais na população. Tal configuração reforçou uma representação social da odontologia associada à dor, à perda dentária e ao sofrimento, especialmente entre grupos historicamente excluídos do acesso regular aos serviços de saúde^{5,6}.

Essa conformação histórica da atenção em saúde bucal articula-se diretamente com os determinantes sociais da saúde, uma vez que condições como renda, escolaridade, inserção no mercado de trabalho e acesso a políticas públicas influenciam tanto a ocorrência de agravos bucais quanto as formas de utilização dos serviços⁷. A exclusão do cuidado odontológico ao longo do tempo produziu desigualdades persistentes, que se expressam na maior carga de doença entre populações socialmente vulnerabilizadas e na construção de experiências negativas associadas ao atendimento⁸. Assim, medo e ansiedade frente ao cuidado odontológico não podem ser compreendidos apenas como fenômenos individuais, mas como produções socialmente determinadas, atravessadas por trajetórias de vida marcadas por barreiras de acesso, práticas pouco humanizadas e limitada integralidade do cuidado.

Nesse sentido, a ampliação do acesso promovida pelo SUS ainda convive com o desafio de superar esse legado histórico e reconfigurar as práticas de cuidado em saúde bucal na perspectiva da equidade e da integralidade⁹.

Ainda que a ampliação do acesso promovida pelo SUS tenha produzido avanços, persistem desafios relacionados à integralidade do cuidado e à superação de práticas centradas em procedimentos¹⁰. Nesse contexto, experiências negativas anteriores, associadas à precariedade do acesso e à baixa resolutividade histórica dos serviços, continuam a influenciar a forma como os usuários percebem e vivenciam o atendimento odontológico, podendo atribuir ao consultório um significado de sofrimento e ameaça^{1,6}.

As manifestações de medo e ansiedade frente ao atendimento odontológico podem se expressar por meio de comportamentos e sinais fisiológicos, como inquietação, sudorese, palidez, taquicardia, elevação da pressão arterial e queixas verbais^{11,12}. Tais respostas variam entre indivíduos e podem constituir barreiras importantes ao acesso e à continuidade do cuidado¹³. Do ponto de vista conceitual, o medo é uma emoção fundamental relacionada à autopreservação, enquanto a ansiedade pode ser compreendida como uma antecipação desse medo diante de situações percebidas como ameaçadoras¹⁴. Embora essas dimensões sejam frequentemente abordadas sob uma perspectiva psicológica individual, sua ocorrência está profundamente imbricada com as condições concretas de vida dos sujeitos.

A ansiedade pode ser compreendida como uma forma de medo antecipado¹⁵. Trata-se de um estado de estresse que se manifesta de maneira multidimensional envolvendo componentes emocionais, fisiológicos, cognitivos, os quais influenciam a percepção do indivíduo sobre o ambiente. Configura-se, ainda, como uma resposta biológica adaptativa, ativada diante da percepção de perigo ou ameaça. Diferentes experiências de vida, tanto positivas quanto negativas, podem modular sua expressão, contribuindo para a associação da ansiedade a situações avaliadas como aversivas no cotidiano¹⁶.

A ansiedade exerce um grande impacto no bem-estar psicossocial, especialmente entre os usuários que adiam o tratamento odontológico, resultando em sérios problemas de saúde bucal, como a perda de dentes e autoestima. Isso pode levar a sentimentos de vergonha, dificuldades de interação social e obstáculos no mercado de trabalho. Esse efeito é ainda mais pronunciado em famílias com baixa renda, escolaridade e acesso limitado a cuidados odontológicos preventivos e curativos. Essas condições estão associadas a uma alta prevalência de doenças bucais graves, que

afetam profundamente a saúde e a qualidade de vida de crianças e adolescentes^{11,17}.

Na Atenção Básica, diretrizes orientam o processo de trabalho dos profissionais da saúde, entre elas o acolhimento dos usuários, que pressupõe escuta qualificada das necessidades em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e o estabelecimento do vínculo¹⁸. O cirurgião-dentista que adota essa prática passar a compreender o usuário de for-

METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, do tipo exploratória-descritiva. A pesquisa qualitativa fundamenta-se na relação dinâmica e indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, tendo o ambiente natural como fonte direta de dados para a interpretação e a atribuição de significados aos fenômenos¹⁹. Tal método permite investigar como os contextos de vida e os fatores socioeconômicos se integram à realidade desses sujeitos, influenciando de forma direta as suas vivências e comportamentos na Atenção Básica

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde (CS), de Canasvieiras, denominação utilizada para Estratégia Saúde da Família (ESF), no município de Florianópolis/SC. O perfil da população era composto por residentes, sendo influenciado por variações sazonais associadas ao turismo, o que resulta em uma heterogeneidade de características socioeconômicas. O serviço oferece assistência odontológica por meio de uma equipe multiprofissional, constituindo-se como cenário para a análise das experiências relacionadas ao medo e à ansiedade no contexto do atendimento odontológico.

Participaram do estudo usuários ativos da unidade, sendo incluídos aqueles que realizaram tratamento odontológico com cirurgião-dentista do CS ao longo do ano de 2024. Utilizou-se amostragem não probabilística por conveniência, sendo incluídos participantes que estavam em atendimento no período da coleta. Participaram do estudo 10 indivíduos, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos.

O número de participantes foi definido com base no critério de saturação teórica, entendido como o momento em que as entrevistas passaram a apresentar repetição de informações, sem acréscimo relevante de novos elementos para a construção das categorias analíticas, indicando densidade suficiente para compreensão do fenômeno investigado.

Os critérios de inclusão foram: usuários em acompanhamento odontológico no CS Canasvieiras; idade igual ou superior a 18 anos; e capacidade de comunicação verbal e compreensão para participação na entrevista. Os critérios de exclusão foram: indivíduos que não estavam em acompanhamento odontológico

ma integral, identificando suas necessidades, angústias e medos diante do atendimento, o que contribuiu para a construção de um vínculo e para melhores desfechos na saúde física e mental, além de qualificar o cuidado prestado.

Deste modo, este estudo tem como objetivo analisar como os fatores socioeconômicos se relacionam com os medos e as ansiedades frente ao atendimento odontológico na Atenção Básica.

no período da coleta; pessoas que apresentassem limitações que impedissem a realização da entrevista no momento da coleta, como impossibilidade de comunicação verbal ou dificuldades cognitivas que comprometessem a compreensão.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas presenciais e individuais, utilizando um roteiro de entrevista semiestruturada, elaborado com base na literatura científica sobre medo e ansiedade no contexto odontológico. O roteiro foi organizado em eixos temáticos, incluindo: características sociodemográficas; acesso aos serviços odontológicos; experiências vividas no cuidado em saúde bucal; e narrativas de medo e/ou ansiedade no atendimento odontológico.

Ressalta-se que não foi realizado pré-teste (estudo piloto) do instrumento. No entanto, buscou-se garantir sua adequação por meio da fundamentação na literatura e da construção prévia dos eixos temáticos, alinhados aos objetivos da pesquisa.

Após a consulta odontológica, os participantes foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar voluntariamente. As entrevistas foram gravadas e transcritas em minúcias para consultas posteriores, e foram realizadas pela própria pesquisadora em ambiente reservado no serviço de saúde, garantindo privacidade aos participantes, com duração média de 20 a 30 minutos.

Para o tratamento dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo na modalidade temática, desenvolvida em três etapas: (I) pré-análise, que consiste na síntese analítica de cada entrevista transcrita, na compilação e organização dos dados em um corpus textual e na leitura flutuante; (II) exploração do material, na qual serão estabelecidas categorias analíticas a partir das informações presentes no texto e dos objetivos da pesquisa; (III) análise e interpretação dos dados, com a realização de inferências que destacam os significados das falas dos participantes²⁰.

O projeto foi submetido para a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) com o número de Parecer 7.020.878 e da Comissão de acompanhamento dos projetos de pesquisa em saúde (CAPPs) da secretaria de saúde de Florianópolis/SC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de agosto a setembro de 2024, participaram do estudo pessoas adultas, entre homens e mulheres, com idades entre 23 e 66 anos. No que se refere às condições de moradia, predominam arranjos compartilhados, nos quais os participantes residem com duas ou três pessoas. Também foram identificadas situações de maior adensamento domiciliar, com convivência entre vários moradores, assim como casos de moradia individual. Em relação à condição de posse do imóvel, observa-se maior presença de residências alugadas, coexistindo com moradias próprias e situações de residência cedida.

Quanto à escolaridade familiar, os relatos indicam trajetórias marcadas por baixos níveis de instrução entre os pais, com predominância de não conclusão do ensino fundamental. Em menor medida, há referências à conclusão de níveis mais elevados de ensino, assim como situações em que não houve escolarização formal ou em que os participantes não souberam informar. No que diz respeito à escolaridade dos próprios entrevistados, observa-se diversidade de trajetórias, incluindo desde a não conclusão do ensino fundamental até a formação em nível superior e pós-graduação, com maior concentração em níveis intermediários de escolarização.

Em relação à renda, os participantes situam-se majoritariamente em faixas de rendimento mais baixas, ainda que haja presença de rendimentos elevados. A inserção no mercado de trabalho também se apresenta heterogênea, com parte dos participantes exercendo atividade remunerada, enquanto outros se encontram desempregados no momento da pesquisa.

A análise das narrativas permitiu a construção de duas categorias temáticas: (I) medo e ansiedade no consultório odontológico e (II) fatores socioeconômicos relacionados ao acesso e à relação dentista-usuário.

Medo e ansiedade no consultório odontológico: entre experiência sensorial e antecipação da dor

Os relatos dos participantes indicam que o medo e a ansiedade no contexto odontológico são experiências recorrentes, associadas tanto a elementos concretos do atendimento quanto a construções subjetivas relacionadas à dor e à invasão do corpo. Entre as experiências contadas durante as entrevistas, o medo da anestesia, dos instrumentais odontológicos, do barulho do motor e de sentir dor foram recorrentes. Existem elementos determinantes do medo e da ansiedade no consultório odontológico, destacando entre eles a anestesia local, procedimentos cirúrgicos e as vibrações e sons dos motores de alta e baixa rotação²¹.

O USU 01 relatou:

“A gente sente medo pra arrancar alguma coisa, meter agulha, ainda mais quando vai aquela broquinha... o dente, meu Deus, que tortura. Se não tiver anestesia, eu não vou”.

Já o USU 03 em seu relato demonstra ficar apreensivo quando algum instrumento entra em contato com a boca:

“Me dá um choquezinho nos dentes. E aí, eu falo, meu Deus, vai quebrar tudo”.

Esses relatos vão ao encontro de estudos sobre o tema, que descrevem o medo odontológico como um dos mais comuns e intensamente experimentados, não apenas pelos fatores aversivos relacionados ao tratamento, como equipamentos e instrumentos, mas também pela sensação de ter o corpo invadido²². Essa percepção pode fazer com que o usuário encare a situação como uma ameaça, aumentando as chances de comportamentos de evitação ou fuga durante o tratamento²³.

Um dos principais fatores que influencia o comportamento de muitos usuários que procuram atendimento odontológico é a crença de que serão submetidos a algum tipo de desconforto ou dor durante o tratamento, além do contato com o ambiente do consultório, como a cadeira odontológica, instrumentais, motores de alta e baixa rotação^{3,24}.

Apesar do avanço tecnológico, a ansiedade aparece frente ao barulho da caneta de alta rotação, anestesia ou nas cirurgias invasivas, sendo que a visão de uma agulha ou o som de perfuração pode causar a sensação de medo^{1,25}.

Ainda dentro dessa temática, houve relatos de sinais de ansiedade antes e durante o atendimento odontológico, como coração acelerado, mãos frias, sudorese e tremores. Estudos mostram que a ansiedade odontológica desencadeia respostas no sistema fisiológico e psicológico do usuário, com alterações respiratórias, aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, sendo responsável por um número considerável de emergências no consultório¹. Além disso, a expressão do medo pode apresentar-se no corpo por meio de sensação de sufocamento, boca seca, sudorese e tremores^{3,26,27}.

Nesse sentido, o medo no consultório odontológico não se reduz ao procedimento técnico, mas expressa uma experiência corporal e simbólica mais ampla, na qual se articulam memória, antecipação da dor e percepção de invasão, configurando o cuidado como um momento de vulnerabilidade.

Fatores socioeconômicos, acesso e relação dentista-usuário: entre desigualdades e produção do cuidado

A segunda categoria evidencia que as experiências de medo e ansiedade não podem ser dissociadas das condições sociais e econômicas dos participantes, que influenciaram tanto o acesso quanto a forma como o cuidado é vivenciado. Os resultados indicam que os participantes se encontram, em sua maioria, em contextos de maior vulnerabilidade social, com trajetórias marcadas por limitações de renda e escolaridade. Nesse cenário, o acesso aos serviços odontológicos se apresenta de forma irregular, frequentemente condicionado por fatores como custo do tratamento e disponibilidade de tempo.

O USU 01 narrou que, pela falta de tempo devido ao trabalho, não ia ao dentista há mais de dois anos e que deixou de fazer seu tratamento odontológico no serviço particular por falta de dinheiro. Esse relato evidencia os altos custos do tratamento odontológico no Brasil, historicamente estruturado em um modelo individual e predominantemente curativista⁴. Ainda que o SUS ofereça serviços odontológicos, estes não conseguem atender plenamente as necessidades da população, levando muitos usuários a recorrerem ao setor privado.

Já o USU 8, ao ser questionado sobre a frequência de consultas, afirmou:

“Só quando estou com algum problema”.

Esse relato evidencia a predominância de uma lógica curativa, na qual o cuidado é acionado apenas diante da dor ou de agravos instalados, em consonância com o histórico dos serviços de saúde bucal no Brasil, marcados por práticas mutiladoras, baixa cobertura e impacto limitado^{28,29}. Antes da criação do programa “Brasil Sorridente”, em 2004, o acesso era ainda mais restrito^{4,30}.

A escassez de serviços, especialmente para adultos, contribui para a procura tardia, tornando a extração dentária uma intervenção frequente no serviço público^{6,31}. Dessa forma, o consultório odontológico passa a ser associado, para alguns, ao sofrimento¹.

Ainda no que diz respeito ao acesso, os relatos apontam para dificuldades concretas no cotidiano dos serviços, conforme o relato do USU 01:

“...era quase cinco horas da manhã e não tinha mais ficha”.

Esse tipo de barreira evidencia que, apesar dos avanços, o acesso aos serviços de saúde bucal ainda é marcado por desigualdades, tanto sociais quanto regionais^{32,33}. Em contrapartida, a USU 04, gestante, destacou que o acesso facilitado impactou positivamente seu cuidado, pois antes da gestação, relatou dificuldade de acesso, e durante a gravidez, ao ter prioridade no atendimento, passou a frequentar mais as consultas e a cuidar melhor da saúde bucal. Esse dado evidencia como políticas de priorização podem produzir efeitos concretos na ampliação do cuidado.

Outro aspecto relevante diz respeito à relação den-

tista-usuário, que emerge como elemento central na experiência do cuidado. Alguns relatos indicam medo de julgamento e relações marcadas por assimetrias de poder.

O USU 01 relatou *“vou receber uma mijada”*. Essa percepção pode ser compreendida à luz de relações em que o profissional assume posição dominante, de poder, definindo o que é considerado necessidade de saúde³⁴. Mesmo diante de sentimentos de angústia, os usuários buscam o serviço na expectativa de resolução de seus problemas, reforçando a centralidade da cura no cuidado.

Além disso, foram relatadas experiências negativas no atendimento, como falta de escuta e acolhimento. Uma entrevistada relatou um episódio de possível alergia ao anestésico, no qual o profissional não considerou seus sintomas, sendo descrito por ela como *“estúpido”*. Também foram mencionados procedimentos realizados sem anestesia, falhas na comunicação e diferenças entre o atendimento público e privado.

Para o sucesso do tratamento, a comunicação entre dentista e usuário é fundamental, devendo estar associada à competência técnica³⁵. O usuário espera, prioritariamente, ser atendido com empatia³⁶. Nesse contexto, a valorização de um atendimento humanizado pode ser compreendida como resposta a uma história em que o cuidado odontológico esteve fortemente associado à dor. Qualidades como solidariedade e respeito mostram-se fundamentais para transformar a experiência do cuidado e reduzir a imagem negativa relacionada ao tratamento odontológico³⁶.

Os achados apontam que o cuidado em saúde bucal é produzido na interseção entre experiências corporais de medo e dor, condições socioeconômicas e formas de organização dos serviços. O medo e a ansiedade não se configuram apenas como respostas individuais, mas como expressões de trajetórias sociais, históricas e relacionais que moldam a forma como os sujeitos acessam e vivenciam o cuidado.

Dessa forma, o consultório odontológico se configura não apenas como um espaço técnico, mas como um território simbólico no qual se entrelaçam sofrimento, memória, desigualdade e possibilidades de cuidado. A qualificação das práticas em saúde bucal, portanto, exige a incorporação de abordagens que considerem essas múltiplas dimensões, promovendo não apenas o acesso, mas também relações de cuidado mais acolhedoras, equitativas e sensíveis às experiências dos sujeitos.

Como limitação do estudo, ressalta-se que a coleta e a análise dos dados foram realizadas por uma única pesquisadora, sem a participação de um segundo avaliador ou triangulação de investigadores, além da ausência de outro pesquisador durante a condução das entrevistas. Essa condição pode aumentar a possibilidade de vieses tanto na coleta quanto na interpreta-

ção dos dados. Por outro lado, a condução individual das entrevistas pode ter contribuído para a criação de um ambiente de maior proximidade com os partici-

pantes, favorecendo a construção de vínculo e possibilitando um aprofundamento mais consistente dos relatos e das experiências compartilhadas.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que os fatores socioeconômicos exercem uma influência significativa no medo e na ansiedade dos usuários no consultório odontológico, principalmente na Atenção Básica. No entanto, esse tema é complexo e abrangente, não podendo ser discutido apenas com base em uma única causa. A falta de oferta de serviços odontológicos oferecidos pelo SUS às populações mais vulneráveis, um acesso tardio aos serviços disponíveis, e a visão centrada na odontologia curativa resulta em mais experiências traumáticas nos consultórios e mais usuários com medo de ir ao dentista. De

acordo com os dados de 2021 do *Global Burden of Disease* (GBD), estudo da carga global de doenças, o Brasil é o terceiro país com maior número de desdentados do mundo, o que fizeram no passado resultou nesse cenário de hoje, e para que no futuro esse índice seja mudado é preciso que a saúde bucal deixe de ser coadjuvante das políticas públicas e que o dentista de saúde da família, presente nas unidades de saúde, desempenha seu papel em conscientizar a população sobre a importância da saúde bucal, priorizando a odontologia preventiva e acolhimento a todo e qualquer indivíduo.

Declaração do autor CRediT

Conceitualização: Castro, LCDC; Garcia Júnior, CAS. Metodologia: Castro, LCDC; Ceccon, RF; Picalho, AC; Garcia Júnior, CAS. Validação: Castro, LCDC; Ceccon, RF; Garcia Júnior, CAS. Análise estatística: Não aplicável. Análise formal: Castro, LCDC; Ceccon, RF. Investigação: Castro, LCDC; Ceccon, RF. Recursos: Castro, LCDC; Picalho, AC; Garcia Júnior, CAS. Redação - preparação do rascunho original: Castro, LCDC. Redação - revisão e edição: Castro, LCDC; Ceccon, RF; Picalho, AC; Garcia Júnior, CAS. Visualização: Castro, LCDC; Ceccon, RF; Picalho, AC. Supervisão: Ceccon, RF; Garcia Júnior, CAS. Administração do projeto: Garcia Júnior, CAS.

Todos os autores leram e concordaram com a versão publicada do manuscrito.

Declaração de conflito de interesse

Os autores declaram que não têm interesses financeiros concorrentes ou relações pessoais conhecidas que possam ter influenciado o trabalho relatado neste artigo.

REFERÊNCIAS

1. Machado EAF, Pinto RMC. Medo e Ansiedade durante o tratamento odontológico: Como a Psicologia pode ajudar? *Visão Acad.* 2021 Nov 12;22(3). doi:10.5380/acd.v22i3.81333
2. Armfield J. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Aust Dent J.* 2010 Dec 7;55(4):368-77. doi:10.1111/j.1834-7819.2010.01256.x
3. Gomes GB, Stabile CLP, Ximenes VS. Avaliação e manejo da ansiedade e fobia odontológica: a psicologia na formação do cirurgião-dentista. *Rev Fac Odontol Porto Alegre.* 2020 Dec 30;61(2):80-94. doi:10.22456/2177-0018.101020
4. Carrer FC de A. SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP; 2019.
5. Narvai PC. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. *Rev Saúde Pública.* 2006 Aug;40(spe):141-7. doi:10.1590/S0034-89102006000400019
6. Pimenta ACM, L'abbate S, Pezzato LM. Histórias patográficas de mutilados dentais de um serviço de prótese do Sistema Único de Saúde. *Rev Ciênc Méd.* 2017;26(2):49-59. doi:10.24220/2318-0897v26n2a3918
7. Breilh J. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.
8. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA, Crivello Junior O, editors. *Epidemiologia da saúde bucal.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 346-62. (Fundamentos de odontologia).
9. Narvai PC, Frazão P. Saúde bucal no Brasil: muito além do céu da boca [Internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575413630>
10. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/250584.html>
11. Martins RJ, Belila N de M, Garbin CAS, Garbin AJJ. Medo e ansiedade dos estudantes de diferentes classes sociais ao tratamento odontológico. *Arch Health.* 2017 Jan 23;6(1):43-7. doi:10.21270/archi.v6i1.1785
12. Medeiros MC. Ansiedade odontológica: avaliação em pacientes adultos. *Rev Odontol UNESP.* 2013;42(3):187-92.
13. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent.* 2007 Nov 11;17(6):391-406. doi:10.1111/j.1365-263X.2007.00872.x
14. Dalgalarondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.* 3rd ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
15. André C. *Psicologia do Medo.* Rio de Janeiro: Editora Vozes; 2023.
16. Rocha Fialhe S, Abreu Rodrigues KL. Intervenções da psicologia frente à ansiedade infantil no ambiente escolar. *Rev Saúde Mult.* 2023 Sep 20;15(2). doi:10.53740/rsm.v15i2.689
17. Paredes S de O, Galvão RN, Fonseca FRA. Influência da saúde bucal sobre a qualidade de vida de crianças pré-escolares. *Rev Baiana Saúde Pública.* 2014 Mar 1;38(3):125-39. doi:10.5327/Z0100-0233-2014380100017
18. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
19. Prodanov CC, Freitas EC de. *Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico.* Novo Hamburgo: Feevale

[Internet]. Feevale; 2013. 277 p. Disponível em: <http://www.feevale.br/Comum/midias/8807f05a-14d0-4d5b-b1ad-1538f3aef538/E-book Metodologia do Trabalho Cientifico.pdf>.

20. Minayo MC de S. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. Editora Hucitec; 2014.

21. Souza AA de, Al. E, Theodoro GHF, Oliveira IRL de, Ferreira LLM, Brandão RM. Medo e ansiedade no tratamento odontológico. Rev Cient FACS [Internet]. 2019;19(24):65-73. Available from: <https://periodicos.univale.br/index.php/revcientfacs/article/view/300>

22. Possobon RDF, Carrascoza KC, Moraes ABA de, Costa Jr ÁL. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. Psicol Estud. 2007 Dec;12(3):609-16. doi:10.1590/S1413-73722007000300018

23. Mugnai Vieira Souza JG, Lazzarin H, Capana Fideli G, Tavares AK, Antonelli A. Avaliação do grau de ansiedade em pré-atendimento em clínica odontológica. Arq Mudi. 2021 Aug 13;25(2):49-58. doi:10.4025/arqmudi.v25i2.58250

24. Nathan. Behavioral management strategies for young pediatric dental patients with disabilities. ASDC J Dent Child. 2001;68(2):89-101.

25. Yon MJY, Chen KJ, Gao SS, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. An Introduction to Assessing Dental Fear and Anxiety in Children. Healthcare. 2020 Apr 4;8(2):86. doi:10.3390/healthcare8020086

26. Murrer RD, Francisco SS. Diagnóstico e manejo da ansiedade odontológica pelos cirurgiões-dentistas. Interação Psicol. 2015;19(1):37-46.

27. Pereira VZ, Barreto R de C, Pereira GAS, Cavalcanti HRBB. Avaliação dos níveis de ansiedade em pacientes submetidos ao tratamento odontológico. Rev Bras Ciênc Saúde. 2013;17(1):55-64. doi:10.4034/RBCS.2013.17.01.07

28. Silva ME de S e, Villaça ÉL, Magalhães CS de, Ferreira EF e. Impacto da perda dentária na qualidade de vida. Ciên Saúde Colet. 2010 May;15(3):841-50. doi:10.1590/S1413-81232010000300027

29. Queiroz LR, Nascimento MAA do. Sentidos e Significados da perda dentária na estratégia Saúde da Família. Rev Saúde Colet UEFS. 2017;7(3):52-9.

30. Andrade KLC, Ferreira EF. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. Ciên Saúde Colet. 2006;11(1):123-30.

31. Araújo ME, Zilbovicius C. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. Trab Educ Saúde. 2004;2(2):388-91.

32. Carreiro DL, Souza JGS, Coutinho WLM, Haikal DS, Martins AME de BL. Acesso aos serviços odontológicos e fatores associados: estudo populacional domiciliar. Ciên Saúde Colet. 2019 Mar;24(3):1021-32. doi:10.1590/1413-81232018243.04272017

33. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. The Lancet. 2011 May 21;377(9779):1778-97. doi:10.1016/S0140-6736(11)60054-8

34. Couto JG de A, Botazzo C. 'Bocas trabalhadoras' e os reparos possíveis em tempos de pandemia. Trab Educ Saúde. 2022;20. doi:10.1590/1981-7746-ojs00281

35. Guerra CT, Al. E, Bertoz AP de M, Fajardo R da S, Rezende MCRA. Reflexões sobre o conceito de atendimento humanizado em Odontologia. Arch Health. 2015;3(6). Disponível em: <https://www.archhealthinvestigation.com.br/ARCHI/article/view/72>

36. Bottan ER, Oglio JD, Silveira EG, Araújo SM de, Al. E. Cirurgião-dentista ideal: perfil definido por crianças e adolescentes. Rev Sul-Bras Odontol. 2021;6(4):381-6. doi:10.21726/rsbo.v6i4.1242

Como citar este artigo: Castro, L.C.C.D., Ceccon, R.F., Picalho, A.C., Garcia Júnior, C.A.S. (2026). Fatores relacionados ao medo e ansiedade no atendimento odontológico na Atenção Básica. O Mundo Da Saúde, 50. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202650e19832026P>. Mundo Saúde. 2026,50:e19832026.