



Ansiedade infantil, família e profissionais de saúde bucal: vivências em odontologia

Children's anxiety, family and oral health professionals: experiences in dentistry

Thaís Cristina Rodrigues de Carvalho

Especialista em Saúde da Família. Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil;
E-mail: thaiscrodrigues@gmail.com; ORCID: 0000-0002-1633-5337

Emília Carvalho Leitão Biato

Doutora em Educação. Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil;
E-mail: emiliacbiato@yahoo.com.br; ORCID: 0000-0002-4358-4558

Resumo: A ansiedade presente nas crianças pode influenciar fortemente o seu modo de se relacionar com os profissionais durante as sessões odontológicas e pode estar ligada a diversos fatores, como experiências anteriores e até a ansiedade dos próprios pais. A ansiedade e o medo estão entre os principais elementos que dificultam o tratamento dentário, podendo possuir diversos fatores associados, como a idade e a origem cultural da criança, assim como as ações do dentista e a ansiedade familiar (em geral, das mães). O estudo teve como proposta refletir, por meio de um ensaio teórico, sobre os principais fatores relacionados à ansiedade da criança frente ao ambiente odontológico e, assim, auxiliar na relação profissional-paciente-família. Nesta reflexão, que partiu de uma leitura sobre as noções de *vivências* em Nietzsche e de *acontecimento* em Jacques Derrida, buscou-se articular tais conceitos a discussões e recomendações encontradas na literatura em Odontologia. O debate suscitado pareceu contribuir com elementos para a compreensão da subjetividade e a atenção à saúde no que diz respeito à ansiedade, bem como ao medo infantil, na atenção odontopediátrica.

Palavras-chave: Ansiedade; Criança; Odontologia; Ensino odontológico; Educação em saúde.

Abstract: Anxiety can strongly influence children or their way of relating to health professionals during dental care and may be related to several factors, such as previous experiences and the anxiety of the parents themselves. Anxiety and fear are among the main elements that make dental treatment difficult, and may present several associated conditions, such as the child's cultural origin, as well as the dentist's actions and family anxiety. The present study aimed to reflect, through a theoretical essay, on the main factors related to children's anxiety in relation to dental environment, and also to help in the professional-patient-family relationship. In this reflection, which starts on the notions of *experiences* in Nietzsche and *events* in Jacques Derrida, we seek to articulate these concepts with discussion and recommendations found in the literature in the field of Dentistry. The debate raised seemed to contribute with elements for the understanding of subjectivity and health care with regard to anxiety, as well as childhood fear, in pediatric dental care.

Keywords: Anxiety; Child; Dentistry; Dental Education; Health Education.

Introdução

Define-se ansiedade como uma resposta sistêmica a um perigo que está prestes a acontecer, em que ocorrem mudanças bioquímicas, devido à influência da história pessoal, da memória e do contexto social.¹ O medo é entendido como uma emoção de choque devido à percepção do perigo que provoca ameaça, gerando uma série de efeitos no organismo, como respostas emocionais, fisiológicas e comportamentais, levando a reações de defesa, como, por exemplo, a fuga.^{2,3}

A ansiedade das crianças pode influenciar fortemente o seu modo de se comportar durante as sessões odontológicas e pode estar relacionada a diversos fatores, como experiências anteriores, disposição dos objetos no ambiente e ansiedade dos pais.^{4,5} A abordagem dos processos interativos de criança, família e cirurgião-dentista no ambiente de cuidado parece relevante para beneficiar um ambiente cooperativo durante o atendimento. O entendimento dos sinais que identificam aspectos que dificultam a interação pode colaborar na definição do manejo a ser utilizado.⁶

O medo e a ansiedade estão entre os principais fatores que dificultam o tratamento dentário, podendo possuir diversos fatores associados, como o sexo, a idade e a origem cultural da criança, assim como as ações do dentista e a ansiedade da mãe ou do pai.⁷ Considerando esses fatores, seria importante que o primeiro atendimento das crianças fosse direcionado para prevenção e processos interativos, com a realização de instrução de higiene oral, profilaxia ou aplicação de flúor, por exemplo. Porém, muitas vezes já na primeira consulta há a presença de cárie, dor de dente ou trauma, ocasionando ansiedade e medo, justamente por haver a necessidade de procedimentos mais invasivos.⁸

O reconhecimento e a reflexão sobre a percepção da criança acerca do tratamento odontológico podem ajudar a entender as causas, as sensações e os processos imaginativos relacionados ao medo e à ansiedade. Até a sala de espera, as atividades lúdicas e as cores presentes podem se relacionar com sensações e percepções acerca do atendimento e, portanto, ampliar ou reduzir os níveis de ansiedade.

Uma experiência desagradável na primeira visita pode influenciar negativamente os tratamentos posteriores, bem como desenvolver ansiedade na criança.⁹ Esta afirmação permite levantar a hipótese que um bom encontro no primeiro contato pode ser promissor na constituição de uma relação afetiva, alegre e que impulsiona potências de criação de si, no lugar de medidas opressoras e que ampliam as sensações ansiosas.

O presente estudo teve como proposta refletir, por meio de um ensaio teórico, sobre os principais fatores relacionados à ansiedade da criança frente ao ambiente odontológico e, assim, relacionar as principais formas não farmacológicas que podem auxiliar na relação profissional-

paciente-família. Dessa forma, pretende-se contribuir para diminuir as reações adversas e situações geradoras de ansiedade que surgem durante o tratamento odontológico e contribuir com sugestões para um melhor desenvolvimento do atendimento da criança pelo cirurgião-dentista, em especial da Atenção Primária à Saúde.

Metodologia

Este estudo consistiu em um ensaio teórico, que partiu da leitura sobre as noções de *vivências* em Nietzsche e de *acontecimento* em Jacques Derrida, como possibilidade de olhar para os encontros entre cirurgião-dentista, criança e família, especialmente para o contexto de atendimento e seu potencial de suscitar ansiedade e as dificuldades decorrentes desta. Para tanto, realizou-se uma revisão de literatura, por meio das bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), abrangendo o Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline), a Scientific Electronic Library Online (SciELO) e a Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), PubMed e Google Acadêmico (Google Scholar), sendo selecionados os artigos primariamente pelo título e resumo, e, depois, de modo mais específico, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, compreendendo artigos entre o período de 2000 a 2020, escritos em inglês, espanhol ou português. Foram excluídas as publicações que não respeitassem a delimitação do tema e o objetivo do estudo.

A pesquisa foi conduzida de forma descritiva, analisando dados secundários relacionados à ansiedade presente nas crianças frente ao ambiente odontológico e seus fatores associados. Foram utilizados os seguintes termos como estratégia de busca: ansiedade AND criança AND odontologia. Todos os termos foram pesquisados em inglês, português e espanhol. De forma associada à discussão da literatura circulante na área de Odontologia, foram abordadas as noções de vivência e acontecimento antes referidas, tendo em vista destacar possíveis contribuições para a odontopediatria.

Medo e Ansiedade no Cuidado em Odontopediatria

O medo referente ao tratamento odontológico geralmente se inicia na infância e, em alguns casos, pode permanecer até a vida adulta. O medo pode ser classificado em dois tipos: subjetivo e objetivo. O subjetivo ocorre quando crianças ouvem as experiências desagradáveis por pessoas próximas, na maioria das vezes seus pais, seja no consultório odontológico ou em outras circunstâncias envolvendo a atenção à saúde. O objetivo é subdividido em direto e indireto. O primeiro ocorre quando a criança passa por uma experiência anterior desagradável durante algum tratamento odontológico. O segundo ocorre por conta de experiências vividas em ambientes semelhantes ao do consultório odontológico.¹⁰

No caso específico de medo de dentista, geralmente sua origem está nas primeiras experiências infantis, caracterizadas por situações que produziram desconfortos físicos ou psicológicos. Alguns desenhos, em programas de televisão ou livros, projetam imagens dos profissionais da odontologia como torturadores, e isso também contribui para a geração de crenças acerca das situações de tratamento odontológico.¹¹ Assim, o medo pode apresentar diversas origens, sendo as mais frequentes aquelas experiências vividas pela criança no tratamento odontológico, aquelas transmitidas à criança por pessoas que convivem com ela ou aquelas que chegam pela via dos meios de comunicação.¹²

Diante disso, pode-se observar o quanto as vivências podem estar entrelaçadas com o despertar do medo e da ansiedade. Não temos garantia nenhuma sobre como operam as vivências, pois elas servem de alimento aos instintos, mas não sabemos quais estarão mais ávidos por serem nutridos. São imprevisíveis os efeitos das vivências no corpo: “há vivências terríveis... talvez sem que ele o saiba”¹³ e não há quem conheça “seu grau de inflamabilidade” (§ 72).¹⁴ Quando olhamos de frente para algum acontecimento — como um encontro entre o profissional de saúde bucal, a criança e a família, por exemplo — notamos pequenas coisas, que talvez nem sejam as mais significativas, nem as mais repetidas e cotidianas, mas uma casuística do destino (§ 10).¹⁵ São coisas que nos chamam, nutrem ou distraem e recebemos como lugares e climas, também pessoas, gestos, cheiros e cores. Como se fossem passos comuns, mas cheios de vivências.¹⁶

As vivências alimentam a produção de conceitos, pensamentos e ideias.¹⁷ Considerando que a vida ocorre sempre em processo de tornar-se o que se é,¹⁵ importa que o cirurgião-dentista tenha em mente esses processos nas crianças que ele recebe. A consideração e a busca por aproximação às vivências delas podem favorecer uma conduta mais amigável e apropriada às suas necessidades, pois permitem um melhor entendimento de características singulares, como sua forma de se comportar e de se relacionar durante o atendimento odontológico.

A ansiedade é uma condição de preocupação que ocorre previamente a alguma situação de conflito, caracteriza-se como uma ameaça imaginária, que leva a uma tensão e preocupação exagerada com algo que ainda irá acontecer. Esta se diferencia do medo pelo fato de este ser uma ameaça real, o qual ocorre na presença de uma situação de perigo.⁸ A ansiedade é causada por uma interação de características da personalidade, como medos gerais, distúrbios de humor e experiências, podendo causar no paciente algumas sensações diferentes, como boca seca, calafrios, tremores e coração acelerado. A ansiedade sentida pela criança, frente ao tratamento odontológico, pode prejudicar a execução dos procedimentos.¹⁸ Tanto o medo quanto a ansiedade podem envolver comportamentos, componentes cognitivos, emocionais e fisiológicos, e sua expressão varia entre as pessoas.¹⁹ A presença do medo odontológico faz com que o indivíduo adie consultas, podendo levar à piora da sua

condição de saúde bucal, aumentando a probabilidade de visitas odontológicas por motivo de emergência.¹

Nesse assunto, é importante se questionar sobre a infelicidade de reforçar outros medos. Muitas vezes, outros indivíduos, principalmente os pais ou responsáveis pelas crianças, realizam punições verbais de que, se a criança não se comportar, irá ser vacinada, ou irá levar uma injeção, ou então que se não escovar os dentes a criança irá precisar voltar ao dentista, criando uma imagem negativa desse encontro, o que acaba fazendo com que outros medos sejam reforçados. Ao contrário disso, espera-se que as atitudes dos responsáveis e dos próprios profissionais se orientem para que a criança se desfaça dos medos anteriores. Dessa forma, pode-se despertar o interesse pelo autocuidado, não por medo de ter outro procedimento, mas pela importância de se dedicar à saúde bucal. Diante disso, é importante que a relação entre pais, cirurgião-dentista e criança ocorra da forma mais harmoniosa possível, para que o tratamento siga sem interrupção até a sua conclusão.

Acontecimentos na Relação Profissional-Criança-Família

Derrida^{20,21} trata do acontecimento como aquilo que chega até uma vinda, um porvir. Portanto, nos chama a pensar naquilo que é incalculável, na persistência de elementos que não podem ser controlados, que no tema que abordamos aqui, parece envolver a alteridade: o outro permanece oculto, e importa que o profissional se prepare para oferecer-lhe a atenção devida, mas que também reconheça que o momento pode demandar condutas impossíveis de serem previstas. Parece que o reconhecimento da realidade do acontecimento coloca o cirurgião-dentista em estado de deriva e insegurança, mas pode ser oportunidade de chegada a um limite – espaço de produção partilhada de modos de agir junto à criança e à família.

A literatura consultada destaca que o comportamento infantil pode ser influenciado por conhecimento, desenvolvimento econômico e relação entre pais e filhos, combinando, assim, fatores genéticos e ambientais.¹⁸ Além do relacionamento entre pais e filhos, outros fatores parentais têm grande importância no comportamento da criança durante o tratamento, como percepções dos pais sobre o comportamento da criança no consultório odontológico, experiências dentárias passadas dos pais e presença ou ausência destes no consultório durante o tratamento odontológico.²² A presença de familiares dentro do consultório odontológico pode aumentar as chances de não colaboração dos pacientes.²³ Em algumas ocasiões, a separação dos pais elimina muitos problemas relacionados ao comportamento, permitindo que o dentista desenvolva um relacionamento com a criança sem interferências. Entretanto, existem algumas exceções, como no tratamento de crianças com deficiência, em que é necessária a presença dos pais no suporte e na comunicação, ou então quando

a criança é muito nova, com menos de quatro anos de idade, pois ainda não atingiu a maturidade suficiente para entender a comunicação verbal, sendo beneficiada pela presença dos pais.^{22,24}

Os hábitos adquiridos pela criança estão relacionados com os hábitos da mãe, inclusive os de saúde bucal, em que o conhecimento e o nível de saúde da mãe podem influenciar no comportamento do filho, ou seja, mesmo que os filhos participem de programas preventivos nas escolas ou recebam cuidados de outra pessoa, quem tem a possibilidade de estar mais próximo e cuidar, na maioria das vezes, é a mãe.²⁵ Dessa forma, as primeiras experiências com o cuidado odontológico são muito significativas, pois os ensinamentos obtidos pela família influenciam a imaginação da criança em relação à odontologia. Isso mostra que, além das habilidades e manejo por parte da equipe odontológica, a preparação pelos pais é essencial.²⁶

O comportamento da criança também é influenciado pela condição cognitiva, nível de maturidade, capacidade intelectual e utilização de mecanismos de enfrentamento em situações estressantes.¹⁸ Crianças mais ansiosas apresentam um comportamento mais negativo durante o atendimento odontológico.²⁷ No estudo de Tomita, Costa Junior e Moraes,⁵ pode-se observar que filhos de mães com elevado nível de ansiedade apresentam taxas maiores de comportamentos que dificultam o tratamento, se comparados às crianças com mães pouco ansiosas. A pesquisa de Martins e Dias²⁸ traz diversos estudos que também apontam que existe relação entre a ansiedade das crianças e das mães, principalmente em crianças em idade pré-escolar, por serem mais dependentes. No entanto, na pesquisa realizada pelos próprios autores, foi observado que não existe uma relação direta entre presença de ansiedade da mãe e, por consequência, existência de ansiedade na criança, visto que, de acordo com os testes realizados, a maioria das crianças foi considerada livre de ansiedade. Contudo, a maioria dos educadores são moderadamente ansiosos, principalmente aqueles do gênero feminino, o que pode ser cogitado pelo fato de as mulheres expressarem mais facilmente suas emoções. Na pesquisa de Paiva *et al.*¹ e de Oliveira, Moraes e Evaristo²⁷ também não houve correlação entre a ansiedade odontológica relatada pelas crianças e a ansiedade dos pais.

Dessa forma, é possível observar, quanto ao quesito de relação de ansiedade dos pais e dos filhos, que as opiniões dos autores são muito divergentes. Mesmo assim, em relação ao hábito de higiene dos pais, as pesquisas mostram sua influência na forma de cuidado com os filhos. Já a presença dos pais no consultório varia de acordo com a forma de comportamento, pois este fato depende da idade da criança e de suas necessidades especiais.

É complexo falar em comportamento ou, mais especificamente, em controle comportamental, se levarmos em conta que a constituição do ser, por meio de suas vivências, se dá de forma pouco previsível e controlável. Além das vivências em si, essa constituição se relaciona com as diversas

situações dispostas no dia a dia, em que os acontecimentos não ocorrem de forma tão linear e não podem ser justificados por uma relação de causa e efeito. O aforismo 119, de Aurora, aborda um pouco sobre o assunto: "O que são, então, nossas vivências? São muito mais aquilo que nelas pomos do que o que nelas se acha! Ou deveríamos até dizer que nelas não se acha nada? Que viver é inventar?".^{29:93} Interpreta-se deste trecho que, mesmo existindo o autoconhecimento, a vida é feita de impulsos, e estes constituem o ser. Em cada circunstância a que somos postos, existem inúmeras maneiras de se proceder. O texto apresenta uma situação que nos faz adentrar de forma mais realista no assunto das vivências: quando passando pela rua, alguém ri de uma pessoa; este riso, dependendo do sentimento ou do impulso presente no momento, pode apresentar diversos significados:

Uma pessoa o toma como uma gota de chuva, outra o afasta de si como um inseto, outra vê aí um motivo para brigar, outra examina sua própria vestimenta, para ver se algo nela dá ensejo ao riso, outra reflete sobre o ridículo em si, outra sente-se bem por haver contribuído, sem o querer, para a alegria e a luz de sol que há no mundo – e em cada caso houve a satisfação de um impulso, seja o da irritação, o da vontade de briga, da reflexão ou da benevolência.^{29:93}

Assim são as crianças: de acordo com suas vivências no ambiente familiar, ou experiências prévias em ambientes hospitalares, cada uma reagirá de forma diferente durante uma consulta odontológica. Dessa forma, não é possível prever suas ações. No entanto, parece ser possível considerar aspectos vivenciados e criar modos de interagir, tendo em vista uma aproximação amigável e cooperativa.

Promoção da saúde e prevenção como potências de cooperação em odontopediatria

Nos estudos de Ramos-Jorge *et al.*³⁰ e Ollé *et al.*³¹, observou-se que a dor pode exercer influência na ansiedade relacionada à odontologia. Pacientes ansiosos tendem a superestimar a dor que sentiram e a recordar-se das experiências desagradáveis com mais intensidade do que provavelmente ocorreram.⁶ Isso mostra que quanto maior a ansiedade do paciente, maior será a sua sensibilidade à dor.¹⁰ Essas situações de ansiedade frente ao tratamento odontológico mostram a importância das práticas preventivas e de promoção da saúde, pois além de evitarem a instalação ou agravamento de doenças bucais, ainda podem prevenir o medo provocado por tratamentos invasivos.⁶ Diante disso, parece melhor que o primeiro contato com o cirurgião-dentista tenha objetivo preventivo, para que não haja relação direta entre desconforto e atendimento odontológico, possibilitando ainda a melhoria da qualidade de saúde.²³ Dessa forma, deve-se evitar tratamentos invasivos nesse contato inicial, exceto em casos de urgência.³²

Uma boa relação pode ter um efeito positivo na satisfação do paciente, bem como nos próprios cuidados de saúde bucal em casa. Entretanto, um primeiro encontro desagradável pode influenciar

negativamente no tratamento odontológico. Experiências negativas da infância desempenham um papel fundamental no desenvolvimento de ansiedade em adultos.³³

As recomendações propostas pela literatura são pertinentes. Porém, há intrinsecamente um tom imperativo para que o profissional as cumpra. Alternativamente a esta situação, é importante que o cirurgião-dentista esteja preparado para lidar com as situações impostas a ele, de forma criativa. Dessa forma, importa que ele se empenhe por uma boa relação com a criança e a família, por meio de abordagens diversas, sensíveis aos contextos de cada paciente, aos modos de se comunicar etc. Deste modo, há uma contraposição de formas de abordagens de saúde: de um lado, a formação de conceitos duros e que geram condutas precisas e, do outro, a permanência na instabilidade de um saber mais próximo do que se vive.³⁴ Assim, o conceito de saúde pode ser caracterizado “como fenômeno não contabilizado, não condicionado, não medido por aparelhos, [que] deixa de ser um objeto exclusivo daquele que se diz ou se imagina especialista em saúde”.^{35:63} A área da saúde nos faz conviver com imprevistos. Por isso, é importante que desenvolvamos a habilidade de traduzir o que se sente: "O profissional de saúde compartilha a tarefa de decifrar, traduzir, dar nome ao que incomoda e contraria o corpo, como escritor de um texto em processo".^{34:142}

Infelizmente, essa tradução de sentimentos não é ensinada na faculdade, até porque esta é uma habilidade que se constitui em cada profissional, de acordo com suas experiências. Além disso, a abordagem acadêmica é realizada de um modo tecnicista, por meio de conceitos que devem ser seguidos, o que colabora ainda mais para essa dificuldade de interpretar o paciente:

Em que consistiria uma docência em saúde que inclui a arte e a poesia? Por primeiro, em uma docência que não toma, por absolutos, nem o preparo para o ensino de conceitos, nem mesmo a profissão docente. Embora possa se apropriar de técnicas e estratégias que surgem, o professor pode não permitir que elas definam, de antemão, o que fazer.^{34:142}

Assim sendo, é importante que haja uma desconstrução de conceitos e dogmas. Ainda na universidade, o aluno, além de receber dados e textos fechados, deve estar pronto para refletir sobre eles, não se fixando apenas na teoria e nas técnicas, mas também na aproximação da experiência do outro. "A constituição de uma perspectiva da saúde como acontecimento requer, de professores e alunos, o olhar aguçado para a arte que percorre as escrituras de vida e saúde".^{34:147}

As crianças consideradas não-colaboradoras, que frequentemente dificultam ou impedem a atuação do cirurgião-dentista, devem ser submetidas a sessões planejadas de tratamento, nas quais práticas educativas e estratégias cognitivas possam permitir o manejo do comportamento, exceto em situações de urgência, dependendo da idade, nas quais a criança pode ser contida fisicamente para que seja realizado o tratamento emergencial. A partir desta sessão, várias outras sessões podem ser

necessárias para a adaptação comportamental da criança à situação odontológica e à continuidade ao tratamento com a sua colaboração.⁶ Essa situação demonstra uma dificuldade ainda maior na execução de qualquer procedimento odontológico na criança, pois, quando se acredita na possibilidade de passar por uma sensação de dor ou desconforto, a criança passa a impedir e dificultar o atendimento. Nesse sentido, há um aumento da necessidade de envolver os pais no processo de realização do tratamento, de forma que a criança seja submetida a um preparo prévio realizado pelos pais, além da habilidade do dentista e sua equipe em manejá-la.²⁶

No Brasil, há uma política pública que preconiza a promoção da saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde,³⁶ mas, mesmo com a presença desta, a prática odontológica ainda é caracterizada pelo alto custo e pelo enfoque curativo-restaurador, deixando em segundo plano as ações que, de fato, favoreçam a vida com maior qualidade.³⁶ As ações dentro da odontologia variam desde os níveis de prevenção até os de tratamento para reabilitação oral, além do planejamento de políticas para a atenção em saúde bucal da população. Contudo, com uma prática focada na técnica, o papel do cirurgião-dentista permanece incompleto se sem as dimensões humana, educativa e social.³⁷

Nota-se a ênfase no comportamento, especialmente o comportamento da criança, que chega até a ser considerada não colaboradora. Parece haver um foco no fato da criança ser não colaboradora, que termina por dificultar a percepção diante da afirmação de que “só há fatos”. Nesse ponto, Nietzsche aposta no contraponto “só há interpretações”.³⁸ A percepção nietzschiana acerca da inexistência de fatos absolutos pode contribuir para o desenvolvimento de um olhar crítico para a situação vivenciada na tríade profissional-criança-família. A mudança de mirante – não centrado no comportamento da criança ou no comportamento do responsável – pode favorecer a identificação de vias de fuga às condutas tradicionalmente adotadas e dar a ver brechas para o alcance de encontros promissores.

O profissional de saúde, diante da responsabilidade de promover saúde à população com quem atua, precisa ficar vigilante para não ser tomado do ímpeto de generalizar os modos de promover saúde, direcionando suas ações como para um rebanho. Importa notar o imbricado de elementos singulares das crianças, especificidades e possibilidades de suas famílias, da situação vivenciada e partilhada e do próprio profissional.³⁹

Segundo Bagrichevsky,⁴⁰ ao se tratar de estilos de vida idealizados saudáveis, existe uma complexa relação entre o que é produzido ideologicamente e a maneira circunstancial por meio da qual as pessoas interpretam e praticam as propostas realizadas. Além de adequar estas propostas de acordo com o contexto histórico vivenciado, é necessário entender e analisar os diferentes sujeitos envolvidos, ou seja, é necessário adequar as propostas e discussões em saúde de acordo com a

realidade e vivência de cada indivíduo, e não apenas impor orientações já repassadas por costume, generalizadas.

Bagrichevsky⁴⁰ traz ainda que, ao mesmo tempo em que a descrição rigorosa da etiologia de fenômenos amplia a capacidade de compreensão sobre o processo saúde/doença, também possui um caráter de "iniciação na verdade das coisas", que divide a população entre os que sabem e os que são leigos. Infelizmente, mesmo com todo o conhecimento já existente sobre diversos assuntos, nos encontramos ainda numa "sociedade do desconhecimento", marcada por informações passageiras e generalizadas. É necessário repensar os processos de construção e disseminação de informações dentro da sociedade, para nos aproximarmos de um cotidiano de saúde mais humanizado.

Um ensaio realizado em 2017, por Biato et al.,³⁹ aproxima-se deste tema ao falar sobre a necessidade de se pensar em saúde "fora de um registro unitário, em direção a multiplicidades, o que parece potente para reconfigurar de forma radical modos de pensar e agir em saúde".^{39:966} O estudo abordou noções nietzchianas que produzem uma análise crítica da área da saúde, que é múltipla e transpassa a experiência humana. Muitas vezes, os pacientes estão dispostos a um olhar profissional objetificado, que se contrapõe à individualização, reduzindo o caráter perspectivo e se enchendo de "vontade de verdade".³⁹ As generalizações em processos de atenção à saúde reforçam previsibilidade e massificação, o que se opõe à integralidade da atenção. A participação popular deve ocorrer na tomada de decisões políticas e no acompanhamento do funcionamento do sistema e atendimento integral, contribuindo assim, para a construção da autonomia e desenvolvimento do autocuidado pelo próprio paciente, o que é preconizado pelo SUS.

O conceito de Nietzsche de transvaloração dos valores pode se associar à saúde, no que concerne à substituição de valores tradicionais por valores realmente relacionados às vivências do profissional, da família e de outros profissionais do serviço. Busca-se, neste sentido, desenvolver uma saúde em que não aplique um olhar segmentado e focado na doença, mas um olhar que vai além de uma queixa momentânea do paciente. Deve-se propor outros modos de se perceber a vida e a saúde: "É preciso lembrar que as diversidades habitam a indiscernibilidade com que tomamos a saúde e, portanto, a única universalização possível seria a de que tudo é singular".^{39:971}

O ensaio de Biato *et al.*³⁹ realiza uma contraposição entre pequena e grande saúde, o que pode concluir este tópico do estudo:

[...] a saúde apequenada obedece a um *script*, uma grande saúde diz respeito à expansão da vida, que afirma seu caráter criador e não instituído pelo rebanho. É preciso despedaçar a polarização imobilizadora que se apresenta em valores de bem e mal, e que funcionam como exercício de violência. O vivente precisa do ar das alturas.^{39:973}

Há um impulso a olhar criticamente para o que temos feito de forma naturalizada e acrítica, a evitar generalizações, para, de fato, construir-se em nosso país atuações profissionais no sentido de promover saúde, não uma saúde apequenada, mas capaz de constituir e atuar a partir de uma visão holística em direção a cada usuário e às comunidades, individualizando cada atendimento adequadamente às necessidades de quem é atendido.

Considerações finais

É possível perceber que a ansiedade e o medo influenciam fortemente a relação criança-família-profissional no ambiente odontológico, e estes podem estar ligados a diversos fatores. A presença de pais ansiosos é um deles, mas os estudos divergem quanto aos filhos apresentarem ansiedade pelo fato de seus responsáveis serem ansiosos.

O foco na atuação tecnicista foi outro ponto discutido, o que parece apontar para a importância do olhar mais aguçado para as *vivências* e para o processo de promoção da saúde, associando elementos técnicos da odontologia a uma visão mais ampla em relação ao outro de quem se cuida. A ansiedade frente ao tratamento odontológico mostra a importância das práticas preventivas e de promoção da saúde, pois, além de evitarem problemas bucais, ainda podem evitar o medo provocado por tratamentos invasivos e construir uma relação de encontro (*acontecimento*) que interessa ao profissional e à criança como promoção subjetiva do saudável.

Importa que os profissionais de odontologia estejam sensíveis às percepções, preferências e medos do paciente para uma melhor abordagem, buscando, assim, desenvolver boa relação profissional-paciente-família. O conhecimento dos eventos relacionados à ansiedade associada ao tratamento odontológico pode auxiliar na escolha das abordagens que visem minimizá-la, mesmo que seja apenas a utilização de um tempo maior de adaptação da criança ao tratamento, o que repercutirá em maior conforto e confiança na busca por profissionais e serviços de saúde quando em necessidade de cuidados e tratamentos.

O respeito às queixas e sentimentos do paciente, uma atitude acolhedora e a disposição para explicar claramente os procedimentos que serão realizados são atitudes de humanização que podem minimizar e até suprimir a ansiedade do paciente, proporcionando o cuidado como *acontecimento*. Conforme a literatura consultada, a observação do desenvolvimento mental, emocional, social e cognitivo de cada criança, individualmente, também parece uma medida promissora para uma atuação profissional mais efetiva. Desse modo, o papel do cirurgião-dentista não se limita à execução do tratamento bucal. Amplia-se na consideração das vivências de seus pacientes e família e na percepção da possibilidade de atuar em parceria para oferecer atenção odontológica com qualidade e que

contribua para o processo de constituição de si. Para tanto, importa identificar também situações geradoras de ansiedade para o paciente e descobrir suas origens, para dessa maneira, buscar a melhor forma de atendimento direcionada a cada paciente em cada situação, impactando nos modos de enfrentar quadros ansiosos em geral emergentes no processo de viver.

Por todos estes aspectos, acredita-se que os momentos sociais entre dentista e criança, aliados à valorização e à consideração de importância das vivências da criança, podem facilitar e agregar positivamente o desenvolvimento das consultas pediátricas. Espera-se que essa análise possa despertar a importância dessa perspectiva de discussão na formação dos profissionais de odontologia.

Referências

1. Paiva ACF, Bittencourt JM, Martins LP, Paiva SM, Bendo CB. Ansiedade odontológica autorrelatada pelas crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais: fatores associados e correlação com o medo dos pais. *Arq Odontol.* 2019; 55-67.
2. Milgrom P, Newton JT, Boyle C, Heaton LJ, Donaldson N. Os efeitos da ansiedade odontológica e atendimento irregular no encaminhamento para tratamento odontológico sob sedação dentro do National Health Service em Londres. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2010; 38:453-59.
3. Santos LO. O medo contemporâneo: abordando suas diferentes dimensões. *Psicologia: Ciência e Profissão.* 2003; 23(2):48-49.
4. Oliveira JCC. Atividades lúdicas na odontopediatria: uma breve revisão da literatura. *Rev Bras Odontol* 2014; 71(1):103-7.
5. Tomita LM, Costa Junior AL, Moraes ABA. Ansiedade materna manifestada durante o tratamento odontológico de seus filhos. *Psico-USF.* 2007; 2(12):2249-256.
6. Possobon RF, Carrascoza KC, Moraes ABA, Costa Jr ALC. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicol Estud.* 2007; 12(3):609-16.
7. Sias S, Ayala C, Pichardo V. El dibujo como medio de evaluación del miedo/ansiedad en niños de 5 a 8 años en atención dental. *Odontopediatria Latinoamericana* 2018; 8(2):179-193.
8. Brasil JMT, Paiva VC. Sala de espera pediátrica do Hospital Universitário Mário Palmério: o equilíbrio da ansiedade. *Uniuibe.* 2018.
9. Orihuela JM, Flores CC. Influencia de la ansiedad de los padres y niños antes de la primera visita odontológica. *Revista Científica Odontológica* 2017; 5(2):713-719.
10. Marques KBG, Gradvohl MPB, Maia MC. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* 2010; 23(4):358-367.
11. Costa Junior AL. Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução. *Estud. Pesqui. Psicol.* 2002; 2(2):46-53.
12. Singh KA, Moraes ABA, Ambrosano GMB. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesqui Odontol Bras* 2000; 14(2):131-6.
13. Nietzsche FW. Fragmento póstumo 59, 3 [1], verão/out 1882. <http://www.nietzschesource.org>.
14. Nietzsche FW. *Humano, demasiado humano I.* Trad. Paulo César de Souza, São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

15. Nietzsche FW. *Ecce homo: como alguém se torna o que é*. Tradução, notas e posfácio: Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
16. Biato ECL. *Oficinas de escrituras: Possibilidades de transcrição em práticas de saúde, educação e filosofia*. [Tese] Cuiabá: Instituto de educação; 2015.
17. Monteiro SB. *Quando a pedagogia forma professores: uma investigação otobiográfica* [Tese], São Paulo (SP): Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo; 2004.
18. Jain A, Suprabha BS, Shenoy R, Rao A. Association of temperament with dental anxiety and behaviour of the preschool child during the initial dental visit. *Eur J Oral Sci* 2019; 127(2):147-55. <https://doi.org/10.1111/eos.12606>
19. Prado IM, Carcavalli L, Abreu LG, Serra-Negra JM, Paiva SM, Martins CC. Uso de técnicas de distração para o manejo da ansiedade e do medo na prática odontológica pediátrica: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. *Int J Paediatr Dent* 2019; 29(5):650-668. doi: 10.1111/ipd.12499.
20. Derrida J. *A escritura e a diferença*. Tradução: Maria Beatriz. 4. ed. São Paulo. 2009.
21. Derrida J. Uma certa possibilidade impossível de dizer o acontecimento. *Revista Cerrados*. 2012; 21(33):229-51.
22. Ahuja S, Gandhi K, Malhotra R, Kapoor R, Maywad S, Datta G. Avaliação do efeito da presença dos pais em cirurgia odontológica no comportamento de crianças de 4 a 7 anos. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2018; 36:167-72
23. Felix LF, Brum SC, Barbosa CCN, Barbosa O. Aspectos que influenciam nas reações comportamentais de crianças em consultórios odontológicos. *R Pró-Uni*. 2016; 7(2):13-6.
24. Boka V, Arapostathis K, Charitoudis G, Veerkamp J, van Loveren C, Kotsanos N. Um estudo da técnica de presença/ausência dos pais para o gerenciamento do comportamento dentário infantil. *Eur Arch Paediatr Dent* 2017; 18:405-409.
25. Domingues SM, Carvalho ACD, Narvai PC. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum* 2008; 18(1):66-78.
26. Moura BF, Imperato JCP, Parisotto TM, De Benedetto M. Child's anxiety preceding the dental appointment: evaluation through a playful tool as a conditioning feature. *RGO Rev Gaúch Odontol*. 2015; 63(4):455-60.
27. Oliveira MF, Moraes MVM, Evaristo PCS. Avaliação da ansiedade dos pais e crianças frente ao tratamento odontológico. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2012, 12(4):483-89.
28. Martins N, Dias MR. Contágio emocional de ansiedade encarregado de educação / Criança em odontopediatria. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2016;57(3):164-70.
29. Nietzsche FW. *Aurora: reflexões sobre os preconceitos morais*. Tradução, notas e posfácio Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
30. Ramos-Jorge J, Marques LS, Homem MA, Paiva SM, Ferreira MC, Oliveira Ferreira F et al. Degree of dental anxiety in children with and without toothache: prospective assessment. *Int J Paediatr Dent*. 2013; 23:125-130.
31. Ollé LA, Araujo C, Casagrande L, Bento LW, Santos BZ, Dalpian DM. Ansiedade em crianças submetidas a consulta odontológica. *Pesq Bras Odontoped Clin Integ* 2016; 16(1):167-75.
32. Karekar P, Bijle MN, Walimbe H. Effect of three behavior guidance techniques on anxiety indicators of children undergoing diagnosis and preventive dental care. *J Clin Pediatr Dent*. 2019; 43(3):167-72.
33. Xia B, Wang CL, Ge LH. Factors associated with dental behaviour management problems in children aged 2–8 years in Beijing, China. *Int J Paediatr Dent*. 2011; 21:200-9.

34. Biato ECL. Mil saúdes por vir: arte e escritura na docência. Quaestio - Revista de Estudos em Educação. 2021; 23(1):133-51. DOI: 10.22483/2177-5796.2021v23n1p133-151
35. Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia D, Freitas CM organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2009; p. 59-81.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002a.
37. Biato ECL; Goés MCF. O agente de saúde e o paciente especial: examinando o jogo dialógico entre o profissional de odontologia e sujeitos com deficiência mental. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília. 2004; 10(1):15-28.
38. Nietzsche FW. Fragmento póstumo 12: 7[60]. Out 1885 — Out 1887. Disponível em <http://www.nietzschesource.org> .
39. Biato ECL, Costa LB, Monteiro SB. Pequenas e grandes saúdes: uma leitura nietzschiana. Cien Saude Colet. 2017; 22: 965-74.
40. Bagrichevsky M, Castiel LD, Vasconcellos-Silva PR, Estevão A. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. Cien Saude Colet. 2010; 15(Supl. 1):1699-708.

Como citar: Carvalho TCR, Biato ECL. Ansiedade infantil, família e profissionais de saúde bucal: vivências em odontologia. **Saúde em Redes**. 2023;9(1). DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n1.4116

Submissão: 26/07/2021

Aceite: 14/03/2023