

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO DE ODONTOLOGIA**

CÍCERA ALANE DE OLIVEIRA

**ANSIEDADE APRESENTADA POR CRIANÇAS FRENTE AO
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

PATOS – PB

2016

CÍCERA ALANE DE OLIVEIRA

**ANSIEDADE APRESENTADA POR CRIANÇAS FRENTE AO
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Me. Elizandra Silva da Penha

PATOS-PB

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

O48a Oliveira, Cícera Alane de
Ansiedade apresentada por crianças frente ao tratamento odontológico /
Cícera Alane de Oliveira. – Patos, 2016.
56f.: il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal
de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2016.

"Orientação: Profa. Me. Elizandra Silva da Penha".

Referências.

1. Ansiedade ao tratamento odontológico. 2. Crianças. 3. Relações dentista-
paciente. I. Título.

CDU 616.314:616-053.2

CÍCERA ALANE DE OLIVEIRA

ANSIEDADE NA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do Curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Data de aprovação: 18/10/2016

BANCA EXAMINADORA

Elizandra S. da Penha

Prof^a. Me. Elizandra Silva da Penha - Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Gymenna Maria Tenório Guênes

Prof^a. Dr^a. Gymenna Maria Tenório Guênes - 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Luanna Abílio D.M. de Medeiros

Prof^a. Dr^a. Luanna Abílio Diniz Melquíades de Medeiros - 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande - UFCG

Dedico este trabalho a minha família
e ao meu noivo Ademar, pelo
amor e apoio incondicionais.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer a Deus, pai bondoso e misericordioso, que esteve presente em todos os momentos da minha vida e para a conclusão deste trabalho não foi diferente, percebi sua presença me fortalecendo e nunca me deixando desistir mesmo quando tudo parecia mais árduo.

Aos meus pais, Maria Joana e José Elias, pelo exemplo de amor e carinho que sempre foi transmitido para mim e para os meus irmãos. Pela paciência e insistência, apesar de tudo, para continuarem a investir na minha formação. Por encorajar-me em todo este percurso acadêmico. Pelo incentivo e força que me deram em todos os momentos da minha vida, vocês são minhas inspirações diárias.

Aos meus queridos irmãos Alcione, Alcilânio e Alcimone que me apoiaram durante todo o processo que envolveu este trabalho e por sempre acreditarem em mim.

A minha sobrinha, Maria Alice, fonte de alegria e amor em minha vida.

Ao meu noivo, Ademar, que durante os sete anos do nosso relacionamento se mostrou sempre disponível e amoroso. Sem você eu jamais teria concluído este trabalho de forma tão feliz. Seu estímulo quando tudo parecia difícil foi essencial, continuamente transmitindo coragem para que eu possa lutar pelos meus objetivos e tenho certeza que você é uma bênção de Deus em minha vida.

A minha amiga Tamara Gama que de maneira especial foi indispensável para a conclusão deste trabalho. Muito obrigada pela dedicação durante todo o desenvolvimento deste e pelo apoio mesmo quando as circunstâncias eram complicadas.

Aos meus amigos que acompanharam todo o processo e tornaram essa caminhada mais fácil e divertida.

A todos os professores por suas contribuições na minha formação acadêmica e pessoal.

Por fim, mas não por último a minha orientadora, Elizandra Silva da Penha, pela paciência, disponibilidade e orientações que contribuíram para elaboração deste trabalho.

RESUMO

Os objetivos deste estudo foram determinar o perfil das crianças de 6 a 12 anos de idade, com relação à ansiedade frente ao tratamento odontológico e avaliar os principais fatores desencadeadores de ansiedade nesta população. A amostra avaliada foi composta por 200 crianças com idade média de 8,5 anos que frequentaram a Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande e as Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Patos-PB entre junho de 2015 e maio de 2016. A ansiedade frente ao tratamento foi avaliada utilizando a Dental Anxiety Scale e o Venham Picture Test. O teste Qui-Quadrado e Exato de Fisher foram usados para explorar o nível de significância das associações entre as variáveis. Nos resultados a ansiedade foi observada na maioria das crianças (Dental Anxiety Scale - 89% e Venham Picture Test - 70,5%) e os níveis predominantes foram baixo e moderado. A faixa etária da criança foi associada significativamente à ansiedade ($p=0,014$) através do teste Venham Picture Test, ao passo que o gênero não apresentou essa correlação. Além disso, a ansiedade sofreu influência de todos os fatores estudados: marcação da consulta, sala de espera, caneta odontológica e raspagem periodontal. Assim concluiu-se que a maioria das crianças apresentaram ansiedade e que os fatores desencadeadores estudados atuaram consideravelmente no desenvolvimento da ansiedade. É interessante uma exploração mais ampla por parte dos estudos acerca dos métodos utilizados para a redução da ansiedade, os quais são essenciais para o progresso da Odontopediatria, buscando elucidar o sucesso da aplicabilidade desses métodos.

Palavras-chave: Ansiedade ao Tratamento Odontológico. Crianças. Relações Dentista-Paciente.

ABSTRACT

The objectives of this study were to determine the profile of children aged 6 to 12 years of age, with respect to front anxiety to dental treatment and assess the main factors that trigger anxiety in this population. The study sample consisted of 200 children with an average age of 8.5 years who attended the School Clinic of the Federal University of Campina Grande Dentistry and Basic Health Units of the Patos-PB county family between June 2015 and May 2016. The anxiety during treatment was evaluated using the Dental Anxiety Scale and the Come Picture Test. The chi-square test and Fisher exact tests were used to explore the level of significance of associations between variables. Results in anxiety was observed in most children (Dental Anxiety Scale - 89% and Come Picture Test - 70.5%) and the prevailing levels were low and moderate. The child's age was significantly associated with anxiety ($p = 0.014$) through the test Come Picture Test, whereas gender did not show this correlation. Moreover, the anxiety suffered influence of all the factors studied marking consultation, waiting room, dental pen and periodontal scaling. Thus it was concluded that the majority of children had anxiety and that triggers studied acted considerably in the development of anxiety. a broader exploitation by studies on the methods used is interesting to reduce anxiety, which are essential for the progress of Pediatric Dentistry, to elucidate the success of the application of these methods.

Keywords: Dental Anxiety. Children. Dentist-Patient Relationship.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Reação emocional das crianças segundo o teste VPT. Patos, 2016.....	32
TABELA 2: Resultados do teste VPT. Patos, 2016.....	33
TABELA 3: Associação entre ansiedade e faixa etária através do teste Qui-Quadrado. Patos, 2016.....	34
TABELA 4: Grau de ansiedade das crianças segundo a escala DAS. Patos, 2016.....	34
TABELA 5: Presença de ansiedade nos fatores avaliados pela escala DAS. Patos, 2016.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CE	Ceará
CSTR	Centro de Saúde e Tecnologia Rural
DAS	Dental Anxiety Scale
DFH	Teste do Desenho da Figura Humana
et al.	Colaboradores
EVA	Escala Visual Analógica
FIS	Facial Image Scale
FOUFU	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia
FURB	Fundação Universidade Regional de Blumenau
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
n	Número
p	Valor de Significância Estatística
PB	Paraíba
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMAS	Taylor Manifest Anxiety Scale
UACB	Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UNESP	Universidade Estadual Paulista
VPT	Venham Picture Test

LISTA DE SÍMBOLOS

- = Símbolo Matemático de Igualdade
- < Símbolo Matemático de Menor que
- % Símbolo Matemático de Porcentagem (por cento)
- Símbolo Matemático de Subtração

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 ETIOLOGIA E PREVALÊNCIA DA ANSIEDADE NA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA.....	13
2.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MENSURAÇÃO DA ANSIEDADE	16
2.3 DIFERENÇAS DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE DE ACORDO COM A IDADE	18
2.4 DIFERENÇAS DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE DE ACORDO COM O GÊNERO	19
REFERÊNCIAS	21
3 ARTIGO	26
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
ANEXO A	44
ANEXO B	45
ANEXO C	55
ANEXO D	56

1 INTRODUÇÃO

A ansiedade é uma reação emocional não diferenciada que se caracteriza pela não identificação do objeto causador do estado de desconforto (MARQUES; GRADVOHL; MAIA, 2010; HOLANDA et al., 2013). Essa condição de apreensão, na maioria das vezes, é de difícil controle pela consciência do indivíduo e pode se tornar patológica quando o mesmo desenvolve um grau de ansiedade desproporcional a circunstância ao qual foi submetido (SILVA, 2010). Esse estado emocional possui uma etiologia multifatorial, a qual é influenciada por fatores individuais internos e ambiente no qual o indivíduo vive (GÓES et al., 2010). A ansiedade se manifesta de maneira diferente em cada indivíduo, apresentando geralmente como principais sintomas uma inquietação que aumenta gradualmente, sentimento de desassossego e tensão (MARQUES; GRADVOHL; MAIA, 2010; GÓES et al., 2010).

Na odontologia, a ansiedade representa um fator que dificulta a realização do atendimento odontológico, pois o paciente ansioso tende a evitar o tratamento, interferindo de maneira negativa nos cuidados com a saúde bucal (MARQUES; GRADVOHL; MAIA, 2010; GÓES et al., 2010; CARRILLO-DIAZ et al., 2012).

O paciente odontopediátrico, comumente, apresenta ansiedade frente ao tratamento odontológico e essa sensação geralmente é causada pelo uso de instrumentos com os quais a criança não teve experiência anterior, experiências negativas prévias, sendo também influenciada por fatores como idade, gênero e personalidade (LEMOS et al., 2011; KILINÇ et al., 2016).

O conhecimento por parte do cirurgião-dentista dos níveis de ansiedade do paciente pediátrico antes do início do tratamento é importante, pois isso faz com que o profissional esteja preparado para lidar com a situação, tomando as providências necessárias para reduzir seus níveis (KILINÇ et al., 2016; SADANA et al., 2016). Para o correto manejo do paciente nesses casos, o cirurgião-dentista deve ter domínio sobre a etiologia desse estado emocional e a psicologia da criança (KILINÇ et al., 2016).

Os instrumentos mais utilizados para mensurar a ansiedade odontológica, são: Dental Anxiety Scale (DAS), Venham Picture Test (VPT), Taylor Manifest

Anxiety Scale (TMAS), Frankl Behavior Scale e as Escalas de Ansiedade e de Comportamento (TEIXEIRA et al., 2006).

O VPT idealizado por Venham e Gaulin-Kremer (1979) e validado no Brasil por Teixeira et al. (2006) e a DAS que foi desenvolvida por Corah (1969) e traduzida por Pereira, Ramos e Crosato (1995) foram utilizados nesse estudo para a avaliação da ansiedade. Os instrumentos anteriormente mencionados são metodologicamente diferentes. O VPT usa fisionomias de desenhos de crianças, enquanto a Das utiliza um questionário, o que torna viável a utilização de ambos na busca de melhores resultados.

Desta forma, os objetivos deste trabalho foram determinar o perfil das crianças de 6 a 12 anos de idade, com relação à ansiedade frente ao tratamento odontológico e avaliar os principais fatores desencadeadores de ansiedade nesta população. Para isso, foi formulada a hipótese nula de não ter diferença entre as faixas etárias e gênero estudados quanto a presença de ansiedade relacionada ao atendimento odontológico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ETIOLOGIA E PREVALÊNCIA DA ANSIEDADE NA CLÍNICA ODONTO-PEDIÁTRICA

A ansiedade diante do tratamento odontológico em crianças é multifatorial. Várias causas têm sido propostas, as quais possuem influências diretas ou indiretas das experiências passadas da criança, membros da família e colegas (KLINGBERG; BROBERG, 2007; FREEMAN, 2007).

Um estudo com o intuito de verificar a frequência e as causas de consultas odontológicas de um grupo de estudantes do ensino fundamental em relação ao grau de ansiedade ao tratamento odontológico foi desenvolvido por Bottan, Oglio e Araújo (2007) onde foram selecionados 1806 alunos de cinco escolas do município de Itajaí em Santa Catarina. O instrumento utilizado para avaliação do grau de ansiedade ao tratamento odontológico foi DAS. Os resultados desse estudo demonstraram que a maioria havia consultado algum dentista no período de até dois anos antes da data de coleta dos dados, e que tal fato apresentou correlação com a redução ou inexistência de ansiedade e nos pacientes que apresentavam ansiedade a principal causa de consulta relacionavam-se com procedimentos endodônticos. Em contrapartida, os pacientes que não apresentavam ansiedade, as consultas haviam sido na grande maioria de cunho preventivo. Portanto, concluiu-se que no grupo investigado houve uma relação entre grau de ansiedade ao tratamento odontológico e frequência e causas da consulta odontológica.

Marques, Gradwohl e Maia (2010) elaboraram uma pesquisa, no município de Acaraú- CE, com 10 crianças com idade entre 4 e 6 anos, objetivando identificar os principais fatores causadores de ansiedade no paciente infantil previamente a consulta odontológica. Foi aplicado o teste de avaliação da ansiedade odontológica VPT, em seguida realizou-se um segundo teste desenvolvido especificamente para a pesquisa previamente ao atendimento, no qual a criança deveria desenhar o consultório odontológico, o cirurgião-dentista e o auxiliar, sendo também questionado ao paciente quanto a sua opinião sobre o consultório odontológico e o cirurgião-dentista. A partir dos resultados obtidos no estudo pode-se inferir que a maior parte das crianças apresentou elevado grau de ansiedade e os principais

fatores causais apontados pelas mesmas foram o motor (alta rotação), realização de extração dentária e o uso de roupas brancas pelos profissionais.

Migoto, Paula e Silva (2014) realizaram um trabalho para avaliar a reação emocional das crianças após o tratamento odontológico com e sem anestesia durante o atendimento na Clínica de Odontopediatria do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté, com 30 crianças entre 3 e 12 anos. Após o tratamento as crianças eram submetidas à entrevista pela pesquisadora que também considerava o comportamento do paciente durante o atendimento. Para avaliar as reações emocionais empregou-se a Escala Análoga Visual (EVA) constituída por quatro figuras, as quais representam expressões faciais (sorrindo, cansado, assustado, chorando). Os resultados observados no grupo de crianças que não receberam anestesia foram que 40% escolheram a expressão “sorrindo”, 3,33% a expressão “cansado”, 0% “assustado” e 6,66% “chorando”. Já no grupo de crianças que receberam anestesia 16,66% escolheram a expressão “sorrindo”, 3,33% “cansado”, 16,66% “assustado” e 13,33% “chorando”. Concluiu-se que as crianças que mais relataram reações emocionais negativas foram as pertencentes ao grupo submetido à anestesia.

Caraciolo e Colares (2004) realizaram uma pesquisa acerca dos problemas indesejáveis que podem decorrer da ansiedade apresentada pelo paciente infantil. Nesse estudo participaram 358 crianças com 5 anos de idade do sexo masculino e feminino. Foi aplicado aos responsáveis um formulário em forma de entrevista. Os resultados demonstraram que 41,1% das crianças apresentavam ansiedade antes da consulta, concluindo-se que é elevada a prevalência de ansiedade relacionada à situação odontológica da criança.

A conduta dos pais também interfere no comportamento dos filhos durante a consulta odontológica (REIS, 2011). Pani et al. (2016), desenvolveram um estudo com 122 pais e crianças com faixa etária de 6 a 8 anos buscando avaliar o efeito da presença dos pais sobre o comportamento da criança e medir objetivamente o comportamento utilizando oximetria de pulso. As crianças que tinham os seus pais fora do consultório apresentaram menores escores de ansiedade e de mal comportamento do que aqueles cujos pais estavam presentes no que se refere as manifestações psicológicas; no entanto, mostraram uma taxa de pulso significativamente maior em todos os procedimentos. Assim, os resultados deste

estudo sugeriram que a presença dos pais no consultório reduz as manifestações fisiológicas de ansiedade em crianças em sua primeira visita ao dentista.

Gomes et al. (2013) fizeram uma pesquisa com 32 crianças do Curso de Especialização em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia (FOUFU) que nunca haviam ido ao dentista, com a finalidade de verificar a presença de ansiedade em crianças submetidas pela primeira vez ao atendimento e tratamento odontológicos, analisando suas alterações fisiológicas e psicológicas, medidas pela pressão arterial, frequência cardíaca, cortisol salivar e teste VPT. As crianças foram avaliadas em casa e no consultório odontológico, sendo colhidas 138 amostras de saliva, aferições de pressão arterial, frequência cardíaca e aplicados 32 testes VPT. Nos resultados, 15 crianças apresentaram algum grau de ansiedade de acordo com o teste VPT e os níveis de cortisol salivar e pressão arterial foram mais elevados antes do primeiro atendimento. Dessa forma verificou-se que a primeira consulta odontológica apresentou-se como uma situação geradora de ansiedade e que essa promoveu alterações fisiológicas e psicológicas no paciente infantil.

Com o objetivo de determinar o sucesso do tratamento psicoterapêutico para a redução da ansiedade frente ao tratamento odontológico, Naumova et al. (2016) elaboram um estudo com 40 pacientes no qual para a medição da ansiedade foram utilizados as escalas DAS e Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE), as concentrações de cortisol e proteínas salivares e a taxa de secreção salivar. Participaram da pesquisa 40 pacientes, sendo 24 pertencentes ao grupo dos ansiosos (submetidos à psicoterapia) e 16 ao grupo controle. Os resultados mostraram que houve uma redução nos valores do escore da DAS e IDATE, ou seja, uma redução dos níveis de ansiedade no grupo submetido a psicoterapia. Concluiu-se que a psicoterapia é uma alternativa eficaz para a diminuição da ansiedade diante do tratamento odontológico.

A ansiedade é um obstáculo para o profissional e paciente, pois pode interferir negativamente na interação entre ambos, dificultando a execução dos procedimentos na odontopediatria podendo inclusive comprometer a evolução do tratamento. Diante do descrito esses pacientes apresentam uma saúde oral precária e maiores implicações odontológicas quando confrontados a pacientes não ansiosos (BOMAN et al., 2012).

2.2 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MENSURAÇÃO DA ANSIEDADE

A análise adequada do estado emocional da criança durante o atendimento apresenta dificuldades e limitações, dentre as quais a subjetividade do indivíduo e a imaturidade infantil para expressar os seus sentimentos (LIMA, 2014). Desta forma, instrumentos como testes, escalas e questionários são relevantes para a verificação do comportamento infantil (MONTEIRO et al., 2005; HEATON et al., 2007).

Testes de auto relato e medidas psicométricas são utilizadas para avaliação da ansiedade, nestas técnicas os indivíduos são questionados sobre seus pensamentos e atitudes e as questões dispostas em forma de entrevista, um exemplo desse tipo de técnica é a escala TMAS (LIMA, 2014). Entre os instrumentos psicométricos inclui-se também a escala DAS que consiste em quatro questões relacionadas ao cenário odontológico, com cinco opções de resposta, e cada uma das cinco respostas recebe uma pontuação que varia de um a cinco pontos, esse número de pontos são somados de acordo com a resposta do indivíduo podendo variar de quatro (paciente não ansioso - Nulo), 5 a 10 pontos (baixo), 11 a 15 pontos (moderado) e 16 a 20 pontos (exacerbado) (GOMES et al., 2013). Outro método de avaliação do estado emocional da criança que tem sido empregado é a FIS. Esta escala é formada por 5 faces que descrevem o indivíduo do “muito feliz” ao “muito triste”, apresentando valores de 1 a 5 e a indagação é sobre qual figura a criança se parece naquele momento (BUCHAMAN; NÍVEM, 2002). Ainda dentro desse contexto existe o IDATE, este é formado por duas escalas, uma avalia a ansiedade enquanto estado (IDATE-E) e outra que acessa a ansiedade enquanto traço (IDATE-T), ambas as escalas são compostas por 20 itens apresentados em uma escala de 4 pontos (FIORAVANTI et al., 2006).

Tambellini e Gorayeb (2003) relataram que a escala comportamental Frankl Behavior Scale também é utilizada para avaliação da ansiedade. Esta descreve 4 tipos de comportamento que o paciente pode exibir frente ao tratamento, desde o definitivamente positivo quando a criança aceita ser tratada até o definitivamente negativo quando existe a total recusa pelo atendimento.

Formiga e Melo (2000) declararam os testes psicológicos, como a psicometria ou testes projetivos eficientes para analisar a ansiedade, uma vez que este tipo de teste pode descobrir as emoções e o inconsciente, não empregando medidas ou a quantificação. No Teste do Desenho da Figura Humana (DFH) é solicitado que a

criança faça um desenho na consulta inicial, que serve como controle e desenhos adicionais nas consultas subsequentes, que quando analisados se torna possível avaliar se há influência do procedimento odontológico na ansiedade do paciente (MASSONI et al., 2008).

Outro teste projetivo de bastante aplicabilidade para analisar as reações emocionais de crianças diante do tratamento odontológico é o VPT, que consiste em um instrumento composto por 7 cartelas, no qual cada cartela apresenta uma reação emocional: neutro (pouca ansiedade), alegre (ausência de ansiedade), medo (presença de ansiedade), aflito-choro (presença de ansiedade), triste (presença de ansiedade), raiva (presença de ansiedade) e pânico (presença de ansiedade) entre as quais a criança que está sendo pesquisada escolhe aquela com que mais se identifica no momento (RANK, 2005). Ele permite que a criança expresse a sua emoção de forma não-verbal, o que minimiza a distorção dos resultados quando comparado a instrumentos verbais, onde a criança tende a se encaixar em padrões de comportamento preconizados pela sociedade (NAVIT et al., 2015). Similarmente ao VPT, a escala EVA utiliza desenhos para avaliar a ansiedade, nesta técnica as faces expressam preocupação, neutralidade, e felicidade (LIMA, 2014).

As manifestações fisiológicas das emoções e seus efeitos no organismo humano, também são capazes de evidenciar a presença da ansiedade. Neves et al. (2007) apontaram que situações de grande ansiedade podem alterar a pressão arterial em indivíduos ao realizarem uma pesquisa com 90 crianças e adolescentes nas idades entre 3 à 18 anos, 42,2% dos pacientes apresentaram aumento da pressão arterial, assim esse resultado foi atribuído a ansiedade gerada frente ao atendimento odontológico.

Medeiros et al. (2013) analisaram o grau de ansiedade pré-operatória de pacientes submetidos a cirurgias orais através de um estudo com 200 pacientes do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe. A frequência cardíaca e a pressão arterial sanguínea foram mensuradas para a avaliação da ansiedade pré-operatória. Os resultados revelaram que a ansiedade teve influência no aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, por esse motivo é importante o controle desse estado emocional pelo cirurgião-dentista para evitar complicações durante a cirurgia.

2.3 DIFERENÇAS DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE DE ACORDO COM A IDADE

Abrahamsson et al. (2002) propõem que a ansiedade frente ao tratamento odontológico se inicia geralmente na infância, atinge o seu pico máximo no surgimento da idade adulta e declina com a idade. Estudos defendem que as crianças mais novas possuem escores mais altos de ansiedade (OLIVEIRA et al., 2010; OLIVEIRA; MORAES; CARDOSO, 2012). Esse fato pode ser explicado pelo medo do desconhecido, visto que há uma maior probabilidade dessas crianças nunca terem ido a uma consulta odontológica.

Com o intuito de avaliar o índice de ansiedade em crianças de 4 a 11 anos atendidas na clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de São José dos Campos-UNESP, bem como de seus responsáveis, Oliveira et al. (2010) realizaram um estudo onde o nível de ansiedade foi avaliado por meio dos questionários traduzidos e modificados, DAS e Facial Image Scale (FIS). A FIS compreende 5 faces variando de muito feliz a muito triste, o score da escala varia de 1 para a resposta mais positiva a 5 para a mais negativa. O DAS foi aplicado aos responsáveis e o FIS às crianças, antes e depois do atendimento clínico e em momentos diferentes. Ao avaliar as faixas etárias, perceberam que a maioria das crianças se considerava muito feliz antes do atendimento odontológico, já que não houve diferença significativa para os valores de FIS 1 e 2. A maioria das crianças que respondeu FIS 3 estava compreendida entre 4 e 7 anos. Para os FIS 4 e 5 não houve nenhuma criança com idade entre 8 e 11 anos, mostrando que as crianças mais velhas não se apresentam tão ansiosas frente ao tratamento odontológico.

Oliveira, Moraes e Cardoso (2012) desenvolveram um estudo para avaliar a ansiedade infantil prévia ao tratamento odontológico. Participaram da pesquisa 32 crianças submetidas a tratamento odontológico na Clínica de Odontopediatria da Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), para a coleta dos dados foi utilizado o teste VPT modificado. Os resultados apontaram uma correlação ($p = -0,35$) entre a idade e a ansiedade, dessa forma infere-se que quanto menor a idade da criança maior a ansiedade.

No entanto, há autores como Rantavuori et al. (2004) que encontraram correlação entre a ansiedade e a idade, contudo nesse estudo as crianças mais velhas mostraram maiores níveis de ansiedade frente aos procedimentos odontológicos do que as crianças com menores idades. Esse fato pode ser

esclarecido através da hipótese de que essas foram sujeitadas mais vezes a tratamentos curativos invasivos.

2.4 DIFERENÇAS DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE DE ACORDO COM O GÊNERO

A relação entre gênero e ansiedade é divergente na literatura. Entretanto alguns autores encontraram que as meninas mostraram níveis mais elevados de ansiedade do que os meninos (BARBOSA et al., 2012; DAVIES; BUCHANAN, 2013; CARRILO-DIAZ; CREGO; ROMERO-MARORO, 2013). Embora as pacientes do sexo feminino geralmente apresentem mais ansiedade frente ao tratamento odontológico, essas tendem a irem as consultas com mais frequência que os do sexo masculino, apontando um maior cuidado com a saúde bucal (BOTTAN et al., 2008).

No estudo de Ribas, Guimarães e Losso (2006) para avaliar o nível de ansiedade frente ao tratamento odontológico das crianças em idade escolar e das mães, foi aplicada a DAS em 54 crianças de 8 a 12 anos e em suas mães. Nos resultados pode-se observar uma correlação negativa entre a ansiedade dental das crianças e das mães e que não houve diferença dos níveis de ansiedade entre meninos e meninas.

Góes et al. (2010) elaboraram um estudo com o objetivo de determinar os sinais vitais dos pacientes infantis, especificamente, pressão arterial e frequência cardíaca antes, durante e após os procedimentos odontológicos, relacionando-os com ansiedade e medo. Os dados foram obtidos através do teste VPT, realizado antes e após o atendimento com 44 pacientes das Clínicas de Odontopediatria, da Universidade Federal de Pernambuco. Os resultados apontaram que o gênero das crianças estudadas não apresentou correlação com a ansiedade.

Um estudo exploratório cujo objetivo foi de avaliar as percepções e a aceitabilidade das crianças e seus comentários sobre as técnicas de manejo odontológico e compará-las por gênero, faixa etária e ansiedade perante ao tratamento odontológica, desenvolvido por Davies e Buchanan (2013) constituído de 62 crianças e foi encontrado que 12 participantes apresentaram ansiedade diante do tratamento odontológico moderada e 7 indicaram fobia frente ao tratamento odontológico. As meninas apresentaram maior percentual de ansiedade que os

meninos e não existiram diferenças significativas entre a idade e ansiedade, e nenhuma interação entre gênero, idade e ansiedade. Os autores concluíram que os estilos de enfrentamento das crianças podem ter diferentes impactos de percepção e eficácia das técnicas de manejo odontológico que devem ser exploradas em futuras investigações.

Com o objetivo de avaliar as associações entre saúde bucal e sua relação com qualidade de vida e o estado emocional em crianças e pré-adolescentes, Barbosa et al. (2012) realizaram uma pesquisa com 145 estudantes de escolas públicas em Piracicaba, São Paulo. Foi constatado que as meninas apresentaram maiores escores de ansiedade. Dessa forma os autores concluíram que crianças e pré-adolescentes com ansiedade são mais sensíveis aos impactos na saúde bucal e na interferência da saúde.

O estudo de Carrilo-Diaz, Crego e Romero-Maroro (2013), teve como objetivo analisar as conexões entre o sexo, ansiedade e medo de dentista e a relação com a saúde bucal e o bem-estar em crianças. A amostra foi composta por 161 crianças e verificaram escores baixos de bem-estar emocional associados com a auto-avaliação negativa da saúde bucal e altos níveis de ansiedade odontológica. O gênero influenciou a relação entre a saúde bucal e ansiedade, com as meninas apresentando maiores níveis.

REFERÊNCIAS

ABRAHAMSSON, K. H.; BERGGREN U.; HALLBRG L.; E CARLSSON S. G. Dental phobic patient's view of dental anxiety experiences in dental care: a qualitative study. **Scandinavian Journal Caring Science**, v. 16, n. 2, p. 188-196, 2002.

BARBOSA, T. S.; CASTELO, P. M.; LEME, M. S.; GAVIÃO, M. B. D. Associations between oral health- related quality of life and emotional statuses in children and preadolescents. **Oral Diseases**, v. 18, n. 7, p.639-647, 2012.

BOMAN, U. W.; WENNSTRÖM, A.; STENMAN, U.; HAKEBERG, M. Oral healthrelated quality of life, sense of coherence and dental anxiety: an epidemiological cross-sectional study middle-aged women. **BMC Oral Health**, v. 12, n. 14, p. 1-6, 2012.

BOTTAN, E. R.; OGLIO, J. D.; ARAÚJO, S. M. Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes do ensino fundamental. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v. 7, n. 3, p. 241-246, 2007.

BOTTAN, E. R.; PELEGRINI, F. M.; STEIN, J. C. FARIAS, M. M. A. G.; ARAÚJO, S. M. Relação entre consulta odontológica e ansiedade ao tratamento odontológico: estudo com um grupo de adolescentes. **Revista Sul Brasileira de Odontologia**, v. 5, n. 3, p. 27-32, 2008.

BUCHANAN, H.; NÍVEN, N. Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety international. **Journal of Paediatric Dentistry**, v. 12, n. 1, p. 47-52, 2002.

CARACIOLO, G.; COLARES, V. Prevalência de medo e/ou ansiedade relacionados à visita ao dentista em crianças com 5 anos de idade na cidade do Recife. **Revista Odonto Ciência**, v. 19, n. 46, p. 348-353, 2004.

CARRILLO-DIAZ, M.; CREGO, A.; ARMFIELD, J. M.; ROMERO-MAROTO, M. Treatment experience, frequency of dental visits, and children's dental fear: a cognitive approach. **European Journal of Oral Sciences**, v. 120, n. 1, p. 75-81, 2012.

CARRILO-DIAZ, M.; CREGO, A.; ROMERO-MAROTO, M. The influence of gender on the relationship between dental anxiety and oral health-related emotional wellbeing. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 23, n. 3, p.180-187,

2013.

CORAH, N. L. Development of a Dental Anxiety Scale. **Journal of Dental Research**, v. 48, n. 4, p. 596, 1969.

DAVIES, E. B.; BUCHANAN, H. An exploratory study investigating children's perceptions of dental behavioural management techniques. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 23, n. 4, p. 297-309, 2013.

FIORAVANTI, A. C. M.; SANTOS, L. D. F.; MAISSONETTE, S.; CRUZ, A. P. D. M.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. **Avaliação Psicológica**, v. 5, n. 2, p. 217-224, 2006.

FORMIGA, N. S.; MELLO, I. Testes psicológicos e técnicas projetivas. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 20, n. 2, p. 12-19, 2000.

FREEMAN, R. A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 17, n. 6, p. 407-418, 2007.

GÓES, M. P. S. D.; DOMINGUES, M. C.; COUTO, G. B. L.; BARREIRA, A. K. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. **Odontologia Clínica-Científica**, v. 9, n. 1, p. 39-44, 2010.

GOMES, S. S. R.; BEZERRA, A. C. B.; CASTRO, A. M.; TAVARES, M.; TEIXEIRA, R. R.; SPINDOLA, F. S.; SOUZA, A. V. Comportamento em crianças pré-escolares na primeira consulta odontológica: relação entre medidas objetivas e medidas subjetivas. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 4, n. 2, p. 102-109, 2013.

HEATON, L. J.; GARCIA, L. J.; GLEDHILL, L. W.; BEESLEY, K. A.; COLDWELL, S. E. Development and validation of the Spanish Interval Scale of Anxiety Response (ISAR). **Anesthesia progress**, v. 54, n. 3, p. 100-108, 2007.

HOLANDA, V. N.; BEZERRA, A. S.; TAVARES, A. R.; LIMA, C. I. R.; MAMEDE, L. T. S.; ARAÚJO, L. R. Q.; MILFONT, W. G.; RODRIGUES, A. Y. F.; LOPES, C. M. U. As bases biológicas do medo: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 1, n. 3, 2013.

KILINÇ, G.; AKAY, A.; EDEN, E.; SEVINÇ, N.; ELLIDOKUZ, H. Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. **Brazilian oral research**, v. 30, n. 1, 2016.

KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 17, n. 6, p. 391-406, 2007.

LEMOS, B.; ROSA, S.; MARINHO, A. R.; CASTRO, M. J.; LOURENÇO, M.; ANDRADE, C. A dor do paciente pediátrico no consultório dentário. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 42, n. 3, p. 123-128, 2011.

LIMA, M. C. P. S. Avaliação do medo infantil relacionado ao tratamento odontológico. Dissertação de Mestrado em Odontologia - Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, 2014.

MARQUES, K. B. G.; GRADVOHL, M. P. B.; MAIA, M. C. G. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 23, n. 4, p. 358-367, 2010.

MASSONI, A. C. D. L.; FERREIRA, J. M. S.; COLARES, V.; DUARTE, R. C. Roteiro para interpretação de desenhos: facilitando a abordagem da criança no consultório odontológico. **Arquivos em Odontologia**, v. 44, n. 03, p. 31-36, 2008.

MEDEIROS L.A.; RAMIRO, F. M. S.; LIMA, C. A. A.; SOUZA, L. M. A.; FORTES, T. M. V.; GROPP, F. C. Avaliação do grau de ansiedade dos pacientes antes de cirurgias orais menores. **Revista de Odontologia da UNESP**, v. 42, n. 5, p. 357-363, 2013.

MIGOTO, G. S.; PAULA, C. R.; SILVA, A. M. S. L. Avaliação da reação emocional da criança após a anestesia odontológica. **Revista Clínica e Pesquisa em Odontologia – Unitau**, v. 6, n. 1, p. 11-17, 2014.

MONTEIRO, D. D., CORRÊA, F. N. P.; BONECKER, M.; CÔRREA, M. S. N. P. Escalas para a avaliação da ansiedade infantil frente ao tratamento odontológico. **Revista internacional de odonto-psicologia e odontologia para pacientes especiais**, v. 1, n. 2, p. 38-45, 2005.

NAUMOVA, E. A.; FABER, S.; LINDNER, P.; WANNEMUELLER, A.; SANDULESCU,

T.; JOEHREN, P.; ARNOLD, W. H. Parallel study about the effects of psychotherapy on patients with dental phobia determined by anxiety scores and saliva secretion and composition. **BMC Oral Health**, v. 17, n. 1, p. 32, 2016.

NAVIT, S.; JOHRI, N.; KHAN, S. A.; SINGH, R. K.; CHADHA, D.; NAVIT, P.; SHARMA, A.; BAHUGUNA, R. Effectiveness and comparison of various audio distraction aids in management of anxious dental paediatric patients. **Journal of Clinical and Diagnostic Research**, v. 9, n. 12, p. ZC05, 2015.

NEVES, C. A. D. F.; COUTO, G. B. L.; BOTELHO, K. V. G.; VASCONCELOS, M. M. V. B.; SOARES, R. P. D. F.; CAVALCANTI, J. B.; SILVA, G. M. D. P. Avaliação da pressão arterial de crianças e adolescentes atendidos em clínica odontopediátrica. **Odontologia Clínico-Científica**, v. 6, n. 2, p. 163-167, 2007.

OLIVEIRA, M. F.; DE MORAES, M. V. M.; CARDOSO, D. D. Avaliação da ansiedade infantil prévia ao Tratamento odontológico. Assessment of childhood anxiety prior to dentistry care. **Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 31-37, 2012.

OLIVEIRA, R. S.; TORRES, L. M. S.; GOMES, I. S.; NICÓLO, R. Correlação entre nível de ansiedade em crianças frente ao tratamento odontológico. **International Journal of Dentistry**, v. 9, n. 4, p. 193-197, 2010.

PANI, S. C.; ALANAZI G. S.; ALBARAGASH A.; ALMOSAIHEL, M. Objective assessment of the influence of the parental presence on the fear and behavior of anxious children during their first restorative dental visit. **Journal of International Society of Preventive & Community Dentistry**, v. 6, n. 2, p. 148, 2016.

PEREIRA, L. H. M. C.; RAMOS, D. L. P.; CROSATO, E. Ansiedade e dor em odontologia – enfoque psicofisiopatológico. **Revista da Associação Paulista de Cirurgios Dentistas**, v. 49, n. 4, p. 285-290, 1995.

RANK, R. C. C.; CARVALHO, A. S.; RAGGIO, D.; CECANHO, R.; IMAPARATO, J. C. P. Reações emocionais infantis após o atendimento odontológico – avaliação em serviço público mediante premiação. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 53, n. 3, p. 176-180, 2005.

RANTAVUORI, K.; LAHTI, S.; HAUSEN, H.; SEPPA, L.; KARKKAINEN, S. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 62, n. 4, p. 207-213, 2004.

REIS, J. R. **Avaliação de reações emocionais em odontopediatria**. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde - Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

RIBAS, T. A.; GUIMARÃES, V. P.; LOSSO, E. M. Avaliação da ansiedade odontológica de crianças submetidas ao tratamento odontológico. **Arquivos em Odontologia**, v. 42, n. 3, p. 190-198, 2006.

SADANA, G.; GROVER, R.; MEHRA, M.; GUPTA, S.; KAUR, J.; SADANA, S. A novel Chotta Bheem–Chutki scale for dental anxiety determination in children. **Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry**, v. 6, n. 3, p. 200, 2016.

SILVA, A. L. P. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 1, p. 200-211, 2010.

TAMBELLINI, M. M.; GORAYEB, R. Escalas de medo odontológico em crianças e adolescentes: uma revisão de literatura. **Paidéia**, v. 13, n. 26, p. 157-161, 2003.

TEIXEIRA, A. M.; TORRIANI, D. D.; PINHEIRO, R. T.; ALMEIDA, B. B.; GOETTEMMS, M. L.; WENDT, F. Validação de instrumentos para mensurar ansiedade e comportamento em clínica odontológica infantil. XV Congresso de Iniciação Científica, Universidade Federal de Pelotas, 2006.

VENHAM, L. L.; GAULIN-KREMER, E. A. Self-report measure of situational anxiety for young children. **Pediatric Dentistry**, v. 1, n. 2, p. 91-96, 1979.

3 ARTIGO

ANSIEDADE APRESENTADA POR CRIANÇAS FRENTE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

ANXIETY PRESENTED BY CHILDREN FRONT DENTAL TREATMENT

CÍCERA ALANE DE OLIVERA. Aluna do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Ciências Biológicas. Avenida Universitária, s/n, Jatobá, CEP: 58708-110, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: cicera_alane@hotmail.com. Telefone: +(55) - 83-996408599.

TAMARA DA SILVA GAMA. Aluna do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Ciências Biológicas. Avenida Universitária, s/n, Jatobá, CEP: 58708-110, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: tamara_gama_eu@hotmail.com. Telefone: +(55) - 83-996902739.

EVALENA LIMA CABRAL. Aluna do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Ciências Biológicas. Avenida Universitária, s/n, Jatobá, CEP: 58708-110, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: evalenacabral@gmail.com. Telefone: +(55) - 83-996327225.

CAMILA HELENA MACHADO DA COSTA FIGUEIREDO. Professora do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Ciências Biológicas. Avenida Universitária, s/n, Jatobá, CEP: 58708-110, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: camila_helena@hotmail.com. Telefone: +(55) - 83-988362309.

GYMENNA MARIA TENÓRIO GUÊNES. Professora do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Ciências Biológicas. Avenida Universitária, s/n, Jatobá, CEP: 58708-110, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: gymennat@yahoo.com.br. Telefone: +(55) - 83-988442120.

ELIZANDRA SILVA DA PENHA. Professora do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Departamento de Ciências Biológicas. Avenida Universitária, s/n, Jatobá, CEP: 58708-110, Patos, Paraíba, Brasil. E-mail: elizandrapenha@hotmail.com. Telefone: +(55) - 83-999444500.

RESUMO

Objetivos

Determinar o perfil das crianças de 6 a 12 anos de idade, com relação à ansiedade frente ao tratamento odontológico e avaliar os principais fatores desencadeadores de ansiedade nesta população.

Métodos

A amostra avaliada foi composta por 200 crianças com idade média de 8,5 anos que frequentaram a Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande e as Unidades Básicas de Saúde da Família do município de Patos-PB entre junho de 2015 e maio de 2016. A ansiedade frente ao tratamento foi avaliada utilizando a Dental Anxiety Scale e o Venham Picture Test. O teste Qui-Quadrado e Exato de Fisher foram usados para explorar o nível de significância das associações entre as variáveis.

Resultados

A ansiedade foi observada na maioria das crianças (Dental Anxiety Scale - 89% e Venham Picture Test - 70,5%) e os níveis predominantes foram baixo e moderado. A faixa etária da criança foi associada significativamente à ansiedade ($p=0,014$) através do teste Venham Picture Test, ao passo que o gênero não apresentou essa correlação. Além disso, a ansiedade sofreu influência de todos os fatores estudados: marcação da consulta, sala de espera, caneta odontológica e raspagem periodontal.

Conclusão

A maioria das crianças apresentaram ansiedade e os fatores desencadeadores estudados atuaram consideravelmente no desenvolvimento da ansiedade. É interessante uma exploração mais ampla por parte dos estudos acerca dos métodos utilizados para a redução da ansiedade, os quais são essenciais para o progresso da Odontopediatria, buscando elucidar o sucesso da aplicabilidade desses métodos.

Termos de indexação: Ansiedade ao Tratamento Odontológico. Crianças. Relações Dentista-Paciente.

ABSTRACT

Objectives

The objectives of this study were to determine the profile of children aged 6 to 12 years of age, with respect to front anxiety to dental treatment and assess the main factors that trigger anxiety in this population.

Methods

The study sample consisted of 200 children with an average age of 8.5 years who attended the School Clinic of the Federal University of Campina Grande Dentistry and Basic Health Units of the Patos-PB county family between June 2015 and May 2016. The anxiety during treatment was evaluated using the Dental Anxiety Scale and the Come Picture Test. The chi-square test and Fisher exact tests were used to explore the level of significance of associations between variables.

Results

The anxiety was observed in most children (Dental Anxiety Scale -- 89% and Come Picture Test - 70.5%) and the prevailing levels were low to moderate. The child's age was significantly associated with anxiety ($p = 0.014$) through the test Come Picture Test, whereas gender did not show this correlation. Moreover, the anxiety suffered influence of all the factors studied marking consultation, waiting room, dental pen and periodontal scaling.

Conclusion

Most of the children had anxiety and triggers studied acted considerably in the development of anxiety. a broader exploitation by studies on the methods used is interesting to reduce anxiety, which are essential for the progress of Pediatric Dentistry, to elucidate the success of the application of these methods.

Index terms: Dental Anxiety. Children. Dentist-Patient Relationship.

INTRODUÇÃO

A ansiedade é uma reação emocional não diferenciada que se caracteriza pela não identificação do objeto causador do estado de desconforto^{1,2}. Essa condição de apreensão, na maioria das vezes, é de difícil controle pela consciência do indivíduo e pode se tornar patológica quando o mesmo desenvolve um grau de ansiedade desproporcional a circunstância ao qual foi submetido³. Esse estado emocional possui uma etiologia multifatorial, a qual é influenciada por fatores individuais internos e ambiente no qual o indivíduo vive⁴. A ansiedade se manifesta de maneira diferente em cada indivíduo, apresentando geralmente como principais sintomas uma inquietação que aumenta gradualmente, sentimento de desassossego e tensão^{1,4}.

Na odontologia, a ansiedade representa um fator que dificulta a realização do atendimento odontológico, pois o paciente ansioso tende a evitar o tratamento, interferindo de maneira negativa nos cuidados com a saúde bucal^{1,4,5}.

O paciente odontopediátrico, comumente, apresenta ansiedade frente ao tratamento odontológico e essa sensação geralmente é causada pelo uso de instrumentos com os quais a criança não teve experiência anterior, experiências negativas prévias, sendo também influenciada por fatores como idade, gênero e personalidade^{6,7}.

O conhecimento por parte do cirurgião-dentista dos níveis de ansiedade do paciente pediátrico antes do início do tratamento é importante, pois isso faz com que o profissional esteja preparado para lidar com a situação, tomando as providências necessárias para reduzir seus níveis^{7,8}. Para o correto manejo do paciente nesses casos, o cirurgião-dentista deve ter domínio sobre a etiologia desse estado emocional e a psicologia da criança⁷.

Os instrumentos mais utilizados para mensurar a ansiedade odontológica, são: Dental Anxiety Scale (DAS), Venham Picture Test (VPT), Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS), Frankl Behavior Scale e as Escalas de Ansiedade e de Comportamento⁹.

O VPT idealizado por Venham e Gaulin-Kremer (1979)¹⁰ e validado no Brasil por Teixeira et al. (2006)⁹ e a DAS que foi desenvolvida por Corah (1969)¹¹ e traduzida por Pereira, Ramos e Crosato (1995)¹² foram utilizados nesse estudo para

a avaliação da ansiedade. Os instrumentos anteriormente mencionados são metodologicamente diferentes. O VPT usa fisionomias de desenhos de crianças, enquanto a Das utiliza um questionário, o que torna viável a utilização de ambos na busca de melhores resultados.

Desta forma, os objetivos deste trabalho foram determinar o perfil das crianças de 6 a 12 anos de idade, com relação à ansiedade frente ao tratamento odontológico e avaliar os principais fatores desencadeadores de ansiedade nesta população. Para isso, foi formulada a hipótese nula de não ter diferença entre as faixas etárias e gêneros estudados quanto à presença de ansiedade relacionada ao atendimento odontológico.

MATERIAL E MÉTODOS

O projeto de pesquisa desse estudo transversal, observacional com abordagem indutiva, foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE: 47493015.6.0000.5181).

A amostra de conveniência foi composta de 200 crianças de 6 a 12 anos, de ambos os gêneros, as quais já haviam vivenciado, anteriormente, a experiência da consulta odontológica e que iriam realizar atendimento na Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) do município de Patos-Pb entre junho de 2015 e maio de 2016. Essas crianças não apresentavam nenhum sinal de atraso cognitivo de desenvolvimento, defeitos neurológicos e/ou distúrbios psicológicos diagnosticados ou tratados, além da ausência de necessidades especiais. Os critérios de exclusão foram a não aceitação da criança e pais em participar da pesquisa, e a ausência de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável.

A mensuração da ansiedade foi realizada através de dois instrumentos: o teste VPT e a escala DAS. O VPT é formado por sete cartelas com as seguintes reações emocionais diante do tratamento odontológico: neutro (pouca ansiedade), alegre (ausência de ansiedade), medo (presença de ansiedade), aflito-choro (presença de ansiedade), triste (presença de ansiedade), raiva (presença de

ansiedade) e pânico (presença de ansiedade). Essas figuras de desenhos humanos são apresentadas às crianças em um tamanho equivalente à meia folha A4, coloridas e com desenhos no gênero feminino para as meninas e no gênero masculino para os meninos¹³. Para a aplicação do teste foi necessário que o pesquisador solicitasse às crianças que respondessem a partir do seguinte questionamento: “Olhe com atenção para o rosto das figuras e me diga qual dessas crianças parece esta sentindo o mesmo que você neste momento”.

Na escala DAS o grau de ansiedade é medido através do somatório das respostas sobre as reações frente à marcação da consulta, sala de espera, caneta odontológica e raspagem periodontal. Esta é composta por quatro perguntas de múltipla-escolha, devendo ser marcada somente uma resposta por questão. Cada pergunta possui cinco alternativas de resposta e cada alternativa recebe um escore que varia de um a cinco pontos, onde a = 1, b = 2, c = 3, d = 4, e = 5. Conforme critério adotado por Corah (1969)¹¹ essa soma pode variar entre 4 e 20 pontos, sendo o nível de ansiedade classificado em nulo (4 pontos), baixo (5 a 10 pontos), moderado (11 a 15 pontos) e exacerbado (16 a 20 pontos).

Antes do atendimento, um pesquisador aplicou a escala e o teste na sala de espera, fornecendo explicações básicas de como os instrumentos deveriam ser respondidos e seus objetivos. Para as crianças que não sabiam ler, a pergunta foi feita por um pesquisador e a criança apontava a fisionomia do desenho correspondente a sua resposta no VPT e na escala DAS verbalizavam as respostas. A idade e gênero da criança foram registrados e anotados em formulário específico para avaliação posterior.

Os dados foram analisados estatisticamente com a ajuda do programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 13.0, considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A associação entre variáveis foi verificada através do teste Qui-Quadrado e Exato de Fisher.

RESULTADOS

No total, 200 crianças participaram do estudo, sendo 107 (53,5%) do gênero masculino e 93 (46,5%) do gênero feminino, com idade média de 8,5 anos, sendo a maioria atendida nas UBSFs (64%).

Para analisar os resultados obtidos através da execução do VPT foi necessário agrupar os códigos deste teste em três categorias: ausência de ansiedade (código 1 - alegre), pouca ansiedade (código 0 - neutro) e ansiedade (código 2 - medo, código 3 - aflito-choro, código 4 - triste código 5 - raiva, código 6 - pânico). A partir dessa análise foi possível observar a predominância da reação emocional de pouca ansiedade (40,5%) (Tabela 1).

Quando avaliado individualmente cada código, o maior percentual de menção foi do 0 – neutro (40,5%) (Tabela 2).

Tabela 1: Reação emocional das crianças segundo o teste VPT. Patos, 2016.

TESTE VPT		
REAÇÃO EMOCIONAL	N	%
Ausência de ansiedade	59	29,5
Pouca ansiedade	81	40,5
Ansiedade	60	30
TOTAL	200	100

Tabela 2: Resultados do teste VPT. Patos, 2016.

TESTE VPT		
CÓDIGO	N	%
0 (Neutro)	81	40,5
1 (Alegre)	59	29,5
2 (Medo)	31	15,5

3 (Aflito-Choro)	8	4
4 (Triste)	2	1
5 (Raiva)	2	1
6 (Pânico)	17	8,5
TOTAL	200	100

Relacionando os dados de presença/ausência de ansiedade provenientes do VPT com a faixa etária, foi possível observar que as crianças de menor idade apresentaram os maiores índices de presença da mesma. Os dados foram submetidos ao teste estatístico Qui-Quadrado onde foi constatada diferença estatística significativa ($p=0,014$) (Tabela 3). Em relação à associação com o gênero não se verificou significância estatística ($p=0,199$).

Tabela 3: Associação entre ansiedade e faixa etária através do teste Qui-Quadrado. Patos, 2016.

ANÁLISE ESTATÍSTICA – VPT				
FAIXA ETÁRIA	SEM ANSIEDADE	COM ANSIEDADE	TOTAL	P
06 a 09 ANOS	44	104	148	0,014 ^{*a}
10 a 12 ANOS	15	37	52	

*Variáveis estatisticamente associadas ($p<0,05$)

^a Teste estatístico Qui-Quadrado

Os resultados conseguidos pela escala DAS demonstraram predominância dos níveis de ansiedade baixo (41%) e moderado (41%) de acordo com o parâmetro de análise proposto por Corah (1969)¹¹ (Tabela 4).

Tabela 4: Grau de ansiedade das crianças segundo a escala DAS. Patos, 2016.

ESCALA DAS		
GRAU DE ANSIEDADE	N	%
Nulo	11	11
Baixo	41	41
Moderado	41	41
Exacerbado	7	7
TOTAL	100	100

Para fins didáticos a avaliação de cada fator da escala DAS seguiu o seguinte critério: o item relaxado/experiência agradável denota a ausência de ansiedade, enquanto que o somatório dos itens meio desconfortável/não me importaria, tenso/ligeiramente desconfortável, ansioso/desconfortável e dor, tão ansioso que sua e passa mal/medo do que o dentista fizesse indica a presença de ansiedade. Foi possível observar que todos os fatores estudados marcação da consulta, sala de espera, caneta odontológica e raspagem periodontal atuaram notavelmente na presença de ansiedade. (Tabela 5).

Tabela 5: Presença de ansiedade nos fatores avaliados pela escala DAS. Patos, 2016.

ESCALA DAS						
FATORES	LETRA B n(%)	LETRA C n(%)	LETRA D n(%)	LETRA E n(%)	n	%
Marcação da consulta	28 (28)	13 (13)	11 (11)	13 (13)	65	65
Sala de espera	7 (7)	9 (9)	38 (38)	15 (15)	69	69

Caneta						
odontológica	15 (15)	12 (12)	17 (17)	17 (17)	61	61
Raspagem						
periodontal	14 (14)	9 (9)	26 (26)	12 (12)	61	61

Ao associar a ansiedade com o gênero e faixa etária a partir dos resultados da escala DAS, o teste exato de Fisher não encontrou diferenças estatísticas ($p=0,525$) ($p=0,722$).

DISCUSSÃO

O presente estudo procurou determinar a ansiedade e fatores associados em crianças que aguardavam consulta odontológica através da utilização de dois testes. Foi possível constatar que a presença de ansiedade foi elevada (VPT 70,5% e DAS 89%).

Para uma melhor análise dos resultados as crianças pesquisadas foram divididas em dois grupos de acordo com a faixa etária: 6 à 9 anos e 10 à 12 anos. Esta divisão foi realizada levando em consideração as características pertinentes e semelhantes das crianças incluídas nesses grupos.

A ansiedade fundamenta-se no estado emocional que consiste como uma resposta a situações em que a fonte de ameaça não está bem definida ou não está objetivamente presente, mas que se torna persistente e desagradável ao indivíduo, em contra partida o medo é uma emoção que proporciona um estado de alerta decorrente de uma ameaça física e psicológica frente a uma situação ou objeto específico¹⁴.

Antes de iniciar qualquer tratamento é viável a análise dos possíveis fatores desencadeadores da ansiedade, visto que esta possui uma origem multifatorial¹⁵. Dentre os fatores que predisõem a ansiedade no âmbito do tratamento odontológico é viável citar os aspectos psicológicos, a frequência das consultas, a ansiedade dos pais e o medo do desconhecido¹⁶. Na presente pesquisa, ao avaliar

os fatores estimulantes de ansiedade; marcação da consulta, sala de espera, caneta odontológica e raspagem periodontal através da escala DAS, verificou-se que os parâmetros estudados atuaram consideravelmente no que se refere à presença de ansiedade. Este dado é relevante para que possamos buscar estratégias que visem diminuir a ansiedade relacionada a esses fatores, possibilitando que o tratamento se torne uma experiência positiva.

A ansiedade é algo subjetivo, portanto de difícil mensuração. A literatura aponta vários instrumentos que se propõem a medi-la, no entanto não há como determinar qual deles o consegue com exatidão. Para essa pesquisa foram utilizados o VPT e a escala DAS por serem de fácil entendimento e rápida aplicação. Para descartar qualquer falha de entendimento das perguntas que foram feitas, o pesquisador esclareceu a forma adequada para responder os instrumentos.

A pesquisa abrangeu uma faixa etária de 6 a 12 anos. Essa idade foi escolhida por ser a que mais usualmente frequenta os serviços de atendimento odontológico e a que mais se enquadra aos instrumentos utilizados no estudo. Para análise dos dados, foi feito um agrupamento com o intuito de facilitar a avaliação dos resultados, visto que as faixas etárias agrupadas eram semelhantes do ponto de vista psicológico.

Os resultados achados apontaram que os níveis de ansiedade em todas as faixas de idade variaram entre baixo à moderado, quando da utilização da escala DAS semelhante ao encontrado por Assunção et al. (2013)¹⁷ no qual utilizaram o mesmo instrumento para mensuração da ansiedade em pacientes de 8 a 17 anos. O percentual das crianças que apresentaram ansiedade no presente estudo foi alto (VPT 70,5% e DAS 89%), concordando com os estudos de Ollé et al. (2016)¹⁸ no qual também empregou o VPT como instrumento avaliando 48 crianças e Pop-Jordanova et al. (2013)¹⁹ que executaram um estudo com 50 crianças com o objetivo de mensurar a ansiedade frente as intervenções odontológicas. Contudo os achados literários de Popescu et al. (2014)²⁰ que similarmente estudaram crianças de 6 à 12 anos através da escala DAS, relataram que apenas 22,68% das crianças apresentaram ansiedade.

Tendo em vista que todas as crianças da presente pesquisa já tinham vivenciado a experiência da consulta odontológica, este fato pode ter influenciado a alta presença de ansiedade, pois tais experiências nem sempre são agradáveis,

principalmente quando relacionadas a procedimentos invasivos. Um segundo aspecto são as situações vivenciadas pelos responsáveis que também podem contribuir no desenvolvimento da ansiedade, podendo desfavorecer o tratamento.

Uma eficaz solução para a redução da elevada presença de ansiedade seria a adaptação ao consultório, buscando tornar o ambiente mais acolhedor para o paciente infantil. Os métodos utilizados para redução da ansiedade podem ser o falar-mostrar-fazer, distração, o reforço positivo, controle da voz, entre outros, que geralmente apresentam resultados satisfatórios. Outra forma de minimizar a ansiedade consiste em adotar visitas odontológicas regulares, a fim de buscar um maior contato com o ambiente²¹. O uso dessas técnicas propicia melhores práticas clínicas e auxilia as crianças a enfrentarem procedimentos terapêuticos até então desconhecidos, reduzindo o surgimento de estados de ansiedade, possibilitando gradualmente à familiarização com o cirurgião-dentista, cheiro do consultório e instrumentais principalmente referentes às crianças com menores idades²². Assim a abordagem dos pacientes ansiosos pode ser realizada de várias maneiras e cabe ao profissional analisar cada situação e definir o melhor método a ser aplicado²³.

Ao avaliar individualmente cada código do teste VPT, o código 6 (pânico), o qual representa uma emoção de ansiedade, foi mencionado por 17 crianças, atingindo o percentual de 8,5% , resultado que aponta uma significativa relevância. O pânico caracteriza-se por um estado emocional em que o medo ou a ansiedade são vivenciados de maneira exagerada ou inapropriada, gerando forte angústia. Esse estado pode decorrer de vários fatores desde o barulho da caneta de alta rotação até o temor por experiências desconhecidas, causando na maioria dos casos a evasão e a não aceitação do tratamento pelo paciente e em consequência uma saúde bucal precária. Diante desta realidade é fundamental que o cirurgião-dentista reavalie as condutas que estão sendo tomadas no consultório, procurando minimizar através de técnicas eficientes a existência desses sentimentos.

Ambos os instrumentos utilizados no presente estudo (VPT e DAS) se mostraram eficazes na determinação da porcentagem de crianças ansiosas. Ao realizar a pesquisa pode-se observar que somente o VPT mostrou associação da ansiedade com a faixa etária. Contudo a DAS possibilitou a exploração do conhecimento dos possíveis fatores causadores desse estado emocional. Por conta do tempo de espera e de intercorrências na presente pesquisa, nem todas as

crianças responderam a escala DAS.

Nos instrumentos utilizados houve concordância quanto a não significância da associação entre gênero e ansiedade, porém ocorreu uma diferença com relação à faixa etária. O teste VPT apontou a existência de significância ($p=0,014$) ao associar idade e ansiedade, resultado contrário ao da escala DAS. Na literatura a influência dessas variáveis na ansiedade difere entre os estudos. Pereira et al. (2013)²⁴ realizaram um estudo com 60 pacientes, utilizando a escala DAS para determinar a presença de ansiedade e não encontraram diferenças significativas de ansiedade no que se refere a gênero e faixa etária. Por outro lado, Paryab e Hosseinbor (2013)²⁵ que elaboraram um estudo com faixa etária semelhante à estudada e Bezabih, Fantaye e Tesfaye (2013)²⁶ que estudaram uma população com média de idade de 10,45 anos e mensuraram a ansiedade pela escala DAS, apontaram que há significância estatística apenas no aspecto faixa etária.

Essa diferença encontrada, pode ter ocorrido devido ao melhor entendimento por parte das crianças do teste VPT, que é um teste visual de fácil compreensão, o qual se torna mais adequado para crianças de menor idade²⁷. O fato da escala DAS ser composta por perguntas de múltipla escolha com situações distintas sem ilustrações pode ter dificultado a compreensão de algumas crianças. O desenvolvimento cognitivo, físico e emocional pode ser responsável pela redução da ansiedade e pela maior capacidade de cooperação com o avançar da idade²⁸. Este fato pode ser ratificado nesse estudo com a associação da idade e ansiedade a partir dos resultados do teste VPT. Portanto há uma tendência das crianças mais jovens serem mais ansiosas²⁹.

Ter conhecimento acerca dos níveis de ansiedade que acometem os pacientes odontopediátricos, os procedimentos mais associados ao desconforto e as técnicas de manejo é primordial para um adequado atendimento. Isso contribui para uma apropriada abordagem e o estabelecimento de uma relação de confiança profissional/paciente, otimizando dessa forma a saúde bucal e diminuindo a necessidade de tratamentos curativos nas crianças³⁰.

Diante do exposto a mensuração da ansiedade e o conhecimento dos fatores desencadeadores permitem a elaboração de estratégias de controle, as quais são indispensáveis para a evolução da Odontopediatria. É interessante uma exploração mais ampla por parte dos estudos a respeito dos métodos utilizados para a redução

da ansiedade, buscando elucidar o sucesso da aplicabilidade desses métodos.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados provenientes da presente pesquisa, conclui-se que a maioria das crianças apresentaram ansiedade e que os fatores desencadeadores estudados atuaram consideravelmente no desenvolvimento da ansiedade. A hipótese proposta não foi confirmada, visto que houve diferença estatística com relação a faixa etária.

REFERÊNCIAS

1. Marques KBG, Gradwohl MPB, Maia MCG. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2010; 23(4):358-367. doi:10.5020/18061230.2010.P358.
2. Holanda VN, Bezerra AS, Tavares AR, Lima CIR, Mamede LTS, Araújo LRQ, et al. As bases biológicas do medo: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Interfaces*. 2013; 1(3).
3. Silva, ALP. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. *Psicol. cienc. prof.* 2010; 30(1):200-211. doi: 10.1590/S1414-98932010000100015.
4. Góes MPD, Domingues MC, Couto GBL, Barreira AK. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. *Odontol.Clín.-Cient.* 2010; 9(1):39-44.
5. Carrillo-Diaz M, Crego A, Armfield JM, Romero-Maroto M. Treatment experience, frequency of dental visits, and children's dental fear: a cognitive approach. *Eur J Oral Sci.* 2012; 120:75–81. doi: 10.1111/j.1600-0722.2011.00921.x.
6. Lemos B, Rosa S, Marinho AR, Castro MJ, Lourenço M, Andrade C. A dor do

paciente pediátrico no consultório dentário. *Acta Pediatr Port.* 2011; 42(3):123-128.

7. Kiliç G, Akay A, Eden E, Sevinç N, Ellidokuz H. Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. *Braz. oral res.* 2016; 30(1). doi: 10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0072.

8. Sadana G, Grover R, Mehra M, Gupta S, Kaur J, Sadana S. A novel Chotta Bheem–Chutki scale for dental anxiety determination in children. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2016; 6(3):200. doi: 10.4103/2231-0762.183108.

9. Teixeira AM, Torriani DD, Pinheiro RT, Almeida BB, Goettems ML, Wendt F. Validação de instrumentos para mensurar ansiedade e comportamento em clínica odontológica infantil. XV Congresso de Iniciação Científica, Universidade Federal de Pelotas, 2006.

10. Venham LL, Gaulin-Kremer EA. Self-report measure of situational anxiety for young children. *Pediatr Dent.* 1979; 1(2):91-96.

11. Corah NL. Development of a Dental Anxiety Scale. *J Dent Res.* 1969; 48(4):596.

12. Pereira LHMC, Ramos DLP, Crosato E. Ansiedade e dor em odontologia – enfoque psicofisiopatológico. *Rev Assoc Paul Cir Dent.* 1995; 49(4):285-290.

13. Rank RCC, Carvalho AS, Raggio D, Cecanho R, Imaparato JCP. Reações emocionais infantis após o atendimento odontológico– avaliação em serviço público mediante premiação. *Rev. gaucha odontol.* 2005; 53(3):176-180.

14. Felix LF, Brum SC, Barbosa C, Barbosa O. Aspectos que influenciam nas reações comportamentais de crianças em consultórios odontológicos. *R. Pró-Uni.* 2016; 7(2):13-16. doi: 10.21727/rpu.v7i2.965.

15. Costa AMDD, Terra GO, Souza SMP, Terra FS, Freire, GER. Ansiedade ao tratamento odontológico em escolares do ensino médio no município de Alfenas-

MG. Braz J Periodontol-June. 2014; 24(2).

16. D'Alessandro G, Alkhamis N, Mattarozzi K, Mazzetti M, Piana G. Fear of dental pain in Italian children: child personality traits and parental dental fear. *J Public Health Dent*. 2015. doi:10.1111/jphd.12127.

17. Assunção CM, Losso EM, Andreatini R, de Menezes JV. The relationship between dental anxiety in children, adolescents and their parents at dental environment. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2013; 31(3):175. doi: 10.4103 / 0970-4.388,117977.

18. Ollé LA, Araujo C, Casagrande L, Bento LW, Santos BZ, Dalpian DM. Anxiety in Children submitted to Dental Appointment. *PBOCI*. 2016; 16(1):167-175. doi: 10.4034/PBOCI.2016.161.

19. Pop-Jordanova N, Sarakinova O, Markovska-Simoska S, Loleska S. Anxiety and personality characteristics in children undergoing dental interventions. *Pril*. 2013; 34(3):93-104.

20. Popescu SM , Dascălu TI, Scriciu M, Mercuț V, Moraru I, Țuculină MJ. Dental Anxiety and its Association with Behavioral Factors in Children. *Curr Health Sci J*. 2014; 40(4):261. doi: 10,12865 / CHSJ.40.04.05.

21. Habahbeh, N, Al-Saddi R, Al-Far M. The Relationship between Dental Anxiety and Reported Dental Treatment Experience in Children Aged 11 to 14 years. *JRMS*. 2012; 19(2):44-50.

22. Aminabadi AN, Erfanparast L, Sohrabi A, Oskouei GS, Naghili A. The Impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety during Dental Treatment in 4-6 Year-Old Children: a Randomized Controlled Clinical Trial. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect*. 2012; 6(4):117-24. doi: 10.5681/joddd.2012.025.

23. Muhammad S, Shyama M, Al-Mutawa SA. Parental attitude toward behavioral

management techniques in dental practice with schoolchildren in Kuwait. *Med Princ Pract.* 2011; 20(4):350-355. doi: 10.1159/000323758.

24. Pereira VZ, de Barreto RC, Pereira GAS, Cavalcanti HRBB. Avaliação dos Níveis de Ansiedade em Pacientes Submetidos ao Tratamento Odontológico. *R bras ci Saúde.* 2013; 17(1):55-64. doi :10.4034/RBCS.2013.17.01.07.

25. Paryab M, Hosseinbor M. Dental anxiety and behavioral problems: a study of prevalence and related factors among a group of Iranian children aged 6-12. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2013; 31(2): 82. doi: 10,4103 / 0970-4.388,115699.

26. Bezabih S, Fantaye W, Tesfaye M. Dental anxiety: prevalence and associated factors, among children who visited Jimma University Specialized Hospital Dental Clinic. *Ethiop Med J.* 2013; 51(2):115-121.

27. Oliveira MF, De Moraes MVM, Cardoso DD. Avaliação da ansiedade infantil prévia ao tratamento odontológico. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde.* 2012; 18(1):31-37. doi: 10.5212/publicatio uepg.v18i1.3736.

28. Borges AI, Manso DS, Tomé G, Matos MGD. Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Anál. psicol.* 2008; 26(4):551-561.

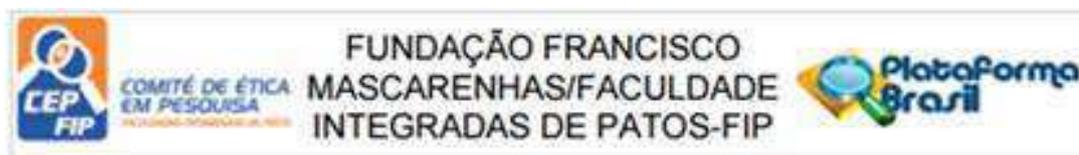
29. Raja GH , Malik FS , Bashir U , Attaullah. Dental Anxiety in children aged between 5 and 10 years a teaching visit dental hospital in Islamabad, Pakistan. *J Ayub Med Coll Abbottabad.* 2015; 27(3):587-590.

30. Soares FC, Lima RA, Santos CDFBF, de Barros MVG, Colares V. Predictors of dental anxiety in Brazilian 5–7years old children. *Compr Psychiatry.* 2016; 67:46-53. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.01.006.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cirurgião-dentista deve procurar conhecer as características de cada criança durante o atendimento, transmitindo segurança ao paciente ansioso e respeitando a individualidade, buscando transformar a consulta para esses pacientes em um momento agradável. Portanto compreender o fenômeno da ansiedade frente ao tratamento odontológico e as estratégias que o minimizem podem trazer diversos benefícios à saúde bucal.

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO MEDO E ANSIEDADE DE CRIANÇAS NA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA

Pesquisador: Elizandra Silva da Penha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47493015.6.0000.5181

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.262.784

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PATOS, 06 de Outubro de 2015

Assinado por:
Flaubert Paiva
 (Coordenador)

Endereço: Rua Horácio Nóbrega S/N
Bairro: Belo Horizonte **CEP:** 58.704-000
UF: PB **Município:** PATOS
Telefone: (83)3421-7300 **Fax:** (83)3421-4047 **E-mail:** cepfip@fponline.com.br

ANEXO B – NORMAS DE SUBMISSÃO DA REVISTA GAÚCHA DE ODONTOLOGIA

REVISTA GAÚCHA DE ODONTOLOGIA - RGO

Submissão de trabalhos

Serão aceitos trabalhos acompanhados de declaração de responsabilidade, declaração de concordância com a cessão de direitos autorais e carta assinada por todos os autores, com descrição do tipo de trabalho e da área temática e as principais contribuições do estudo para a área.

Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores deverão providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Autoria: o número de autores deve ser coerente com as dimensões do projeto. O crédito de autoria deverá ser baseado em contribuições substanciais, tais como concepção e desenho, ou análise e interpretação dos dados. Não se justifica a inclusão de nome de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

A RGO - Revista Gaúcha de Odontologia considera aceitável o limite máximo de 6 autores por artigo. Entretanto, poderá admitir, em caráter excepcional, maior número de autores em trabalhos de maior complexidade, que deverão ser acompanhados, em folha separada, de justificativa convincente para a participação de cada um dos autores.

Os manuscritos devem conter, na página de identificação, explicitamente, a contribuição de cada um dos autores.

Apresentação do manuscrito

O texto deverá ser digitado em fonte Arial tamanho 12, com espaço entrelinhas 1,5 cm. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).

Todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação. Para esclarecimentos de eventuais dúvidas quanto à forma, sugere-se consulta a este fascículo.

Os artigos devem ter, no máximo, 30 referências, exceto no caso de artigos de revisão, que podem apresentar em torno de 50. Sempre que uma referência possuir o número de *Digital Object Identifier* (DOI), este deve ser informado.

Versão reformulada: a versão reformulada deverá ser encaminhada por e-mail, indicando o número do protocolo e o número da versão. **Os autores deverão enviar apenas a última versão do trabalho.** O texto do artigo deverá empregar fonte colorida (cor azul) para todas as alterações, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações dos revisores, os autores deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados.

Os prazos fixados para nova submissão dos originais corrigidos serão informados no ofício que acompanha os originais e deverão ser rigorosamente respeitados.

A nova submissão fora dos prazos estipulados acarretará no cancelamento definitivo do processo de avaliação e a devolução definitiva dos originais.

Disposição dos elementos constituintes do texto

Os elementos constituintes do texto devem ser dispostos segundo a sequência apresentada abaixo:

Especialidade ou área da pesquisa: uma única palavra que permita ao leitor identificar de imediato a especialidade ou área à que pertence a pesquisa.

Título: a) título completo em português e inglês ou espanhol, devendo ser conciso, **evitando excesso das palavras, como “avaliação do...”, “considerações a cerca de...”, “estudo exploratório”;** b) short title com até 50 caracteres em português (ou espanhol) e inglês.

Nome dos autores: a) nome de todos os autores por extenso, indicando o Departamento e/ou Instituição a que pertencem (incluindo indicação dos endereços

completos de todas as universidades às quais estão vinculados os autores); b) será aceita uma única afiliação por autor. Os autores deverão, portanto, escolher dentre suas afiliações aquela que julgarem a mais importante; c) todos os dados da afiliação devem ser apresentadas por extenso, sem nenhuma abreviação; d) endereço completo para correspondência de todos os autores, incluindo o nome para contato, telefone e e-mail. **Observação:** esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores. **Observação:** esta deverá ser a única parte do texto com a identificação dos autores.

Resumo: a) todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo no idioma original e em inglês, **com um mínimo de 150 palavras e máximo 250 palavras**. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português, além do abstract em inglês; b) para os artigos **originais, os resumos devem ser estruturados** destacando objetivos, métodos básicos adotados, informação sobre o local, população e amostragem da pesquisa, resultados e conclusões mais relevantes, considerando os objetivos do trabalho, e indicando formas de continuidade do estudo. Para as demais categorias, o formato dos resumos deve ser o narrativo, mas com as mesmas informações; c) não deve conter citações e abreviaturas.

Termos de indexação: correspondem às palavras ou expressões que identifiquem o conteúdo do artigo. Destacar no mínimo três e no máximo seis termos de indexação, utilizando os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Bireme.

Introdução: deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. Deve conter revisão da literatura atualizada e pertinente ao tema, adequada à apresentação do problema, e que destaque sua relevância. Não deve ser extensa, a não ser em manuscritos submetidos como Artigo de Revisão.

Métodos: os métodos devem ser apresentados com detalhes suficientes para permitir a confirmação das observações, incluindo os procedimentos adotados, universo e amostra; instrumentos de medida e, se aplicável, método de validação; tratamento estatístico.

Em relação à **análise estatística**, os autores devem demonstrar que os procedimentos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex. $p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,001$) devem ser mencionados.

Identificar com precisão todas as drogas e substâncias químicas utilizadas, incluindo nomes genéricos, doses e vias de administração. Os termos científicos devem ser grafados por extenso, em vez de seus correspondentes símbolos abreviados. Incluem-se nessa classificação: nomes de compostos e elementos químicos e binômios da nomenclatura microbiológica, zoológica e botânica. Os nomes genéricos de produtos devem ser preferidos às suas respectivas marcas comerciais, sempre seguidos, entre parênteses, do nome do fabricante, da cidade e do país em que foi fabricado, separados por vírgula.

Informar que a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde e fornecer o número do parecer de aprovação. Ao relatar **experimentos com animais**, indicar se as diretrizes de conselhos de pesquisa institucionais ou nacionais - ou se qualquer lei nacional relativa aos cuidados e ao uso de animais de laboratório - foram seguidas.

Resultados: devem ser apresentados com o mínimo possível de discussão ou interpretação pessoal, acompanhados de tabelas e/ou material ilustrativo adequado, quando necessário. Não repetir no texto todos os dados já apresentados em ilustrações e tabelas. Dados estatísticos devem ser submetidos a análises apropriadas.

Tabelas, quadros, figuras e gráficos devem ser limitados a seis no conjunto e numerados consecutiva e independentemente com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados, e devem vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. É imprescindível a informação do local e ano do estudo. A cada um se deve atribuir um título breve. Os quadros e tabelas terão as bordas laterais abertas. **Os gráficos devem ser enviados sempre acompanhados dos respectivos valores numéricos que lhes deram origem e em formato Excel.**

Os autores se responsabilizam pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações, tabelas, quadros e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição,

para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente); **não é permitido o formato paisagem**. Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 dpi. Na apresentação de imagens e texto, deve-se evitar o uso de iniciais, nome e número de registro de pacientes. O paciente não poderá ser identificado ou reconhecível nas imagens.

Discussão: deve restringir-se ao significado dos dados obtidos, evitando-se hipóteses não fundamentadas nos resultados, e relacioná-los ao conhecimento já existente e aos obtidos em outros estudos relevantes. Enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas. Não repetir em detalhes dados ou outros materiais já citados nas seções de Introdução ou Resultados. Incluir implicações para pesquisas futuras.

Conclusão: parte final do trabalho baseada nas evidências disponíveis e pertinentes ao objeto de estudo. As conclusões devem ser precisas e claramente expostas, cada uma delas fundamentada nos objetos de estudo, relacionado os resultados obtidos com as hipóteses levantadas. Evidenciar o que foi alcançado com o estudo e a possível aplicação dos resultados da pesquisa; podendo sugerir outros estudos que complementem a pesquisa ou para questões surgidas no seu desenvolvimento. **Não serão aceitas citações bibliográficas nesta seção.**

Agradecimentos: podem ser registrados agradecimentos, em parágrafo não superior a três linhas, dirigidos a instituições ou indivíduos que prestaram efetiva colaboração para o trabalho.

Anexos: deverão ser incluídos apenas quando imprescindíveis à compreensão do texto. Caberá aos editores julgar a necessidade de sua publicação.

Abreviaturas e siglas: deverão ser utilizadas de forma padronizada, restringindo-se apenas àquelas usadas convencionalmente ou sancionadas pelo uso, acompanhadas do significado, por extenso, quando da primeira citação no texto. **Não devem ser usadas no título e no resumo.**

Referências: devem ser numeradas consecutivamente, seguindo a ordem em que foram mencionadas a primeira vez no texto, baseadas no *estilo Vancouver*

Nas referências com até seis autores, citam-se todos; acima de seis autores, citam-se os seis primeiros, seguido da expressão latina et al. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o *List of Journals Indexed in Index Medicus*(<http://www.nlm.nih.gov/tsd/serials/lji.html>) e impressos sem negrito, itálico ou grifo, devendo-se usar a mesma apresentação em todas as referências.

Não serão aceitas citações/referências de **monografias** de conclusão de curso de graduação, **dissertações**, **teses** e de **textos não publicados** (aulas, entre outros). Livros devem ser mantidos ao mínimo indispensável uma vez que refletem opinião dos respectivos autores e/ou editores. Somente serão aceitas referências de livros mais recentes. Se um trabalho não publicado, de autoria de um dos autores do manuscrito, for citado (ou seja, um artigo no prelo), será necessário incluir a carta de aceitação da revista que publicará o referido artigo.

Citações bibliográficas no texto: utilizar o sistema numérico de citação, no qual somente os números-índices das referências, na forma sobrescrita, são indicados no texto. Deverão ser colocadas em **ordem numérica**, em algarismos arábicos, meia linha acima e após a citação, e devem constar da lista de referências. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pelo "&"; se forem mais de dois, cita-se o primeiro autor, seguido da expressão et al.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser listados na seção de Referências.

Exemplos

Artigo com mais de seis autores

Tetsumura A, Nakamura S, Yoshino N, Watanabe H, Kuribayashi A, Nagumo K, et al. USPIO-enhanced MRI of highly invasive and highly metastasizing transplanted human squamous cell carcinoma: an experimental study. *Dentomaxillofac Radiol.* 2012;41(1):55-63.

Artigo com um autor

Scott RA. Capital allowances for dentists. Br Dent J. 2012;212(5):254. doi: 10.1038/sj.bdj.2012.218.

Artigo em suporte eletrônico

Gimenes ACR, Pontes ERJC. Prevalência de cárie dentária e condições periodontais de escolares. RGO - Rev Gaúcha Odontol [periódico na Internet]. 2011 Dez [acesso 2012 jan 15]; 59(4):577-82. Disponível em: .

Livro

Sapp P, Eversole LR, Wysocki GP. Patologia bucomaxilofacial contemporânea. 2ª ed. São Paulo: Editora Santos; 2012.

Capítulos de livros

Corrêa FNP, Alvarez JÁ, Bönecker MJS, Corrêa MSNP, Pinto ACG. Impacto psicossocial e funcional da reabilitação bucal. In: Bönecker MJS, Pinto ACG (Org.). Estética em odontopediatria: considerações clínicas. São Paulo: Editora Santos; 2011. p. 29-34.

Texto em formato eletrônico

World Health Organization. Malaria elimination: a field manual for low and moderate endemic countries. Geneva, 2007. [cited 2007 Dec 21]. Available from: .

Documentos legais

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2051/GM, de 08 novembro de 2001. Novos critérios da norma brasileira de comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras. Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2001 nov 9; Seção 1:44.

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo Vancouver) .

LISTA DE CHECAGEM

- Declaração de responsabilidade, Declaração de cessão de direitos autorais e contribuição(ões) do artigo assinada por todos os autores.
- Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letras Arial, corpo 12, entrelinhas 1,5 cm e com formatação de margens superior e esquerda (3 cm), inferior e direita (2 cm).
- Verificar se estão completas as informações de legendas das figuras e tabelas.
- Preparar página de rosto com as informações solicitadas.
- Incluir o nome de agências financiadoras e o número do processo.
- Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, o ano de defesa e o número de páginas.
- Incluir título do manuscrito, em português e inglês.
- Incluir título abreviado (*short title*), com 50 caracteres, para fins de legenda em todas as páginas.
- Contribuição de cada um dos autores na elaboração do manuscrito.
- Incluir resumos estruturados para trabalhos originais e narrativos para manuscritos que não são de pesquisa, com um mínimo de 150 palavras e máximo 250 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em espanhol, nos casos em que se aplique, com termos de indexação.
- Verificar se as referências estão normalizadas segundo estilo Vancouver e listadas na ordem em que foram mencionadas pela primeira vez no texto e se todas estão citadas no texto.
- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.
- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

Documentos

Cada autor deve ler e assinar os documentos (1) Declaração de responsabilidade, (2) Transferência de direitos autorais e (3) Contribuições do artigo, nos quais constarão:

- Título do manuscrito
- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito)

- Autor responsável pelas negociações
- Data

1. Declaração de Responsabilidade: Certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, não omitindo quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;

- Certifico que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra Revista e não o será, enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela RGO - Revista Gaúcha de Odontologia, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

2. Transferência de Direitos Autorais: Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a RGO - Revista Gaúcha de Odontologia passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da Revista, vedado a qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista.

3. Contribuições do artigo: Destacar as principais contribuições do estudo para a área em que se insere.

Diretrizes para submissão (Todos os itens obrigatórios)

- A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista
- Os arquivos para submissão estão em formato Microsoft Word e todas as URL no texto (ex: www.revistargo.com.br) estão ativas
- Manuscrito: formatado de acordo com as Diretrizes para Autores, encontradas na seção "Sobre" a revista. As submissões que não estiverem de acordo com as

normas serão devolvidas.

- 1. Declaração de Responsabilidade: deve ser assinada por todos os autores, responsabilizando-se pelo conteúdo original do trabalho. 2. Transferência de Direitos Autorais: Deve conter declaração expressa de transferência de direitos em caso de aceitação do trabalho e de existência ou não de conflito de interesses. 3. Contribuições do artigo: Destacar as principais contribuições do estudo para a área em que se insere.

- Enfim, encontro-me ciente da responsabilidade de o texto submetido encontrar-se em conformidade com os requisitos de formatação da revista segundo as Diretrizes do autor, encontradas na seção "Sobre" a revista

Aviso de Copyright

A revista se reserva o direito de efetuar, nos originais, alterações de ordem normativa, ortográfica e gramatical, com vistas a manter o padrão culto da língua, respeitando, porém, o estilo dos autores. As provas finais serão enviadas aos autores.

Deve ser consignada a fonte de publicação original. Os originais não serão devolvidos aos autores.

As opiniões emitidas pelos autores dos artigos são de sua exclusiva responsabilidade.

Cada autor receberá um exemplar da revista.

Declaração de privacidade

Os nomes e endereços de e-mail neste site serão usados exclusivamente para os propósitos da revista, não estando disponíveis para outros fins.

ANEXO C – ESCALA DAS**1. Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?**

- a) Eu estaria antecipando uma experiência razoavelmente agradável.
- b) Eu não me importaria
- c) Eu me sentiria ligeiramente desconfortável
- d) Eu temo que eu me sentiria desconfortável e teria dor
- e) Eu estaria com muito medo com que o dentista me fizesse

2. Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?

- a) relaxado
- b) meio desconfortável
- c) tenso
- d) ansioso
- e) tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal

3. Quando você está na cadeira odontológica esperando que o dentista comece a trabalhar nos seus dentes com a turbina, como você se sente?

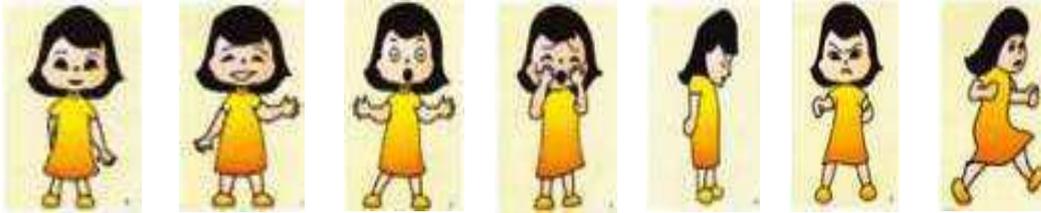
- a) relaxado
- b) meio desconfortável
- c) tenso
- d) ansioso
- e) tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal

4. Você está na cadeira odontológica para ter seus dentes limpos. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos periodontais que ele usará para raspar seus dentes perto da gengiva, como você se sente?

- a) relaxado
- b) meio desconfortável
- c) tenso
- d) ansioso
- e) tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal

ANEXO D - TESTE VPT

1- Para as meninas:



2- Para os meninos:



Código	Reação emocional
0	Neutro – emoção de pouca ansiedade
1	Alegre – emoção ausente de ansiedade
2	Medo – emoção de ansiedade
3	Aflito-choro – emoção de ansiedade
4	Triste – emoção de ansiedade
5	Raiva – emoção de ansiedade
6	Pânico – emoção de ansiedade

TESTE VPT