

Abordagem de pacientes com ansiedade ao tratamento odontológico no ambiente clínico

Recebido em: out/2015

Aprovado em: jan/2016

Jéssica Copetti Barasual – Especialista em Odontopediatria – Mestranda em Odontologia – Universidade Federal do Paraná

Claudia Abreu Busato – Mestre em Odontologia (UFSC) – Professora responsável pela clínica de Odontopediatria da Universidade do Planalto Catarinense

Patricia Kochany Felipak – Cirurgiã-Dentista (UFPR) – Mestranda em Odontologia – Universidade Federal do Paraná

José Vitor Nogara Borges Menezes – Doutorado em Odontologia – Professor associado de Odontopediatria – Universidade Federal do Paraná

Autor de correspondência:

Jéssica Copetti Barasual

Rua Prefeito Lothário Meissner, 632

Jardim Botânico – Curitiba – Paraná

80210-170

Brasil

jessica.barasual@hotmail.com

Management of patients with dental anxiety at clinical environment

RESUMO

Objetivos: Discutir a ansiedade frente ao tratamento odontológico e apresentar as principais escalas disponíveis para a sua mensuração nas crianças e nos adultos. Materiais e métodos: para esta revisão de literatura os artigos foram selecionados na base de dados online PubMed, dentre os publicados entre 1979 até julho de 2015, e que estavam de acordo com os critérios STROBE e CONSORT. Resultados: Foram selecionados 30 artigos e a revisão destes mostrou que a escolha das escalas depende da idade do paciente, de sua capacidade cognitiva, bem como do tempo disponível para a aplicação dos instrumentos. A ansiedade odontológica e a condição em saúde bucal dos pais e dos filhos estão diretamente relacionadas. Conclusão: o Cirurgião-Dentista deve estar atento para diagnosticar e quantificar a ansiedade adequadamente, visando o estabelecimento de estratégias de abordagem comportamental e clínica individualizadas, tornando a consulta odontológica mais eficaz e menos estressante, tanto para o profissional quanto para os seus pacientes.

Descritores: ansiedade ao tratamento odontológico; odontopediatria; saúde bucal

ABSTRACT

Objectives: to present the main dental anxiety scales available for children and adults, explain its association between parents and siblings. Methodology: the articles were selected in PubMed, from 1979 until July 2015, chosen studies were according to STROBE and CONSORT. Results: Thirty articles were selected, after their review it was found that the choice of scales depends on patients' age, cognitive ability, and available time to implement the instruments. Parents' dental anxiety and oral health conditions interfere directly with those in children. Conclusion: Is mandatory for professionals to diagnose and quantify oral health literacy levels and anxiety, in order to establish clinical and behavioral approach strategies, making a most effective and less stressful dental appointment, for both, the professional and patients.

Descriptors: dental anxiety; pediatric dentistry; oral health

RELEVÂNCIA CLÍNICA

dental anxiety; pediatric dentistry; oral health

INTRODUÇÃO

A ansiedade odontológica é um estado emocional que precede o encontro com um objeto ou situação temida, caracterizada por sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo ou preocupação relativo às consultas preventivas e terapêuticas com o cirurgião-dentista, sem necessariamente estar conectada a um estímulo externo específico.^{1,2}

Muitas vezes os termos ansiedade, medo e fobia odontológica são utilizados na literatura de maneira relacionada, porém, se distinguem. O medo é desencadeado por um objeto específico ou situação atual e pode ter sido desenvolvido por situações precedentes. Já a fobia só é diagnosticada por profissionais devidamente qualificados, e se define como um transtorno mental compreendido por medo acentuado e tendência a evitar uma situação específica ou objeto, causando sofrimento emocional considerável e afetando funcionalmente as pessoas.³

A prevalência da ansiedade odontológica pode variar de acordo com a idade dos pacientes e também com a metodologia empregada para sua mensuração. No estudo realizado para validar a Dental Anxiety Scale para o português brasileiro, dos 742 participantes com 18 anos ou mais, 8,2% e 20% possuíam ansiedade alta a moderada, respectivamente.⁴ Em Aracajú/SE, 18% dos 340 participantes entre 12 e 18 anos, que responderam a Dental Anxiety Scale (DAS), tinham esta desordem.⁵

Existem inúmeras escalas para mensurar a ansiedade odontológica. As medidas objetivas, como a aferição da frequência cardíaca e pressão arterial, e as subjetivas, quando aliadas, podem oferecer um diagnóstico mais preciso.⁶

As escalas subjetivas avaliam o estado de ansiedade, ou seja, a presença dessa desordem naquele momento em que o participante está exposto a alguma situação ou objeto específico que a gere. Também investigam a ansiedade traço, que é revelada se o indivíduo é naturalmente ansioso.⁷ O profissional deve escolher a escala que mais se adapte aos seus objetivos, individualizando-a conforme o perfil do paciente, como a idade e capacidade cognitiva.

Além de a ansiedade estar associada com comportamentos negativos em relação à saúde bucal, ainda se relaciona com o alfabetismo em saúde bucal, que é o grau que as pessoas possuem de obter e processar a informação que lhes foi dada relacionada à Odontologia.⁸

Visto a importância de o Cirurgião-Dentista conhecer sobre a ansiedade odontológica e os fatores envolvidos a ela, o objetivo dessa revisão de literatura foi esclarecer os profissionais acerca desse tema e também ajudá-los a proporcionar um atendimento mais individualizado ao seu paciente, apresentando as principais escalas disponíveis para utilização em ambiente clínico.

MATERIAIS E MÉTODOS

A base de dados consultada para esta revisão de literatura foi o PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>). O ano de publicação dos artigos variou de 1979, data onde as escalas para mensuração da ansiedade começaram a ser desenvolvidas, até julho de 2015. Os descritores indexados utilizados foram: *dental anxiety*, *dental anxiety parents*, *dental anxiety children*, *dental fear*, *dental*

phobia, *dental anxiety scale*, *dental anxiety scale children*, *dental anxiety scale adults*, *oral health literacy*.

Os estudos foram selecionados previamente pelo título e ano, em seguida pelo resumo e posteriormente a leitura integral era realizada. Para serem incluídos nesta revisão os critérios foram os seguintes: revisão sistemática da literatura, ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversais), idioma em inglês e todos deveriam conter os requisitos propostos pelo STROBE⁹ e CONSORT¹⁰.

Os critérios de exclusão utilizados foram: relatos de casos clínicos, resumos de anais de congressos, revisões de literatura, cartas ao editor, estudos com ausência de justificativas e/ou objetivos, falta de descrição para a forma de recrutamento dos participantes das pesquisas, ausência de detalhamento dos instrumentos utilizados para a coleta de dados, sem definição das variáveis dependentes e independentes e das análises estatísticas que foram executadas e conclusão não sustentada pelos resultados.

REVISÃO DE LITERATURA

Ansiedade odontológica e sua influência na saúde bucal

A ansiedade odontológica, além de ter interferência direta na condição de saúde bucal, pode trazer muitas consequências não só para o portador dessa desordem como também para as pessoas a sua volta.

Um estudo realizado no município de Pelotas/RS com 608 mulheres identificou que as participantes ansiosas tinham baixa escolaridade e menor renda, assim como um padrão de atendimento odontológico irregular.¹

A presença de ansiedade associada a uma má condição bucal e a incorreta utilização dos serviços odontológicos perpassa um ciclo vicioso. Pesquisadores entrevistaram via telefone 3.966 australianos com idade superior a 16 anos, e identificaram que as pessoas com medo tinham um período de tempo maior entre uma consulta e outra com o Cirurgião-Dentista. Além disso, desistiam mais do atendimento, possuíam um maior desconforto com a aparência dos seus dentes e ainda relataram uma maior prevalência de dor de dente.¹¹

Ainda, além dos pacientes com alta ansiedade odontológica irem menos a consultas odontológicas, eles encontram barreiras quando as procuram, como a dificuldade para pagar pelos procedimentos realizados, problemas de comunicação e falta de confiança no Cirurgião-Dentista.¹²

Sabe-se que o comportamento e as atitudes dos pais influenciam no desenvolvimento de seus filhos, pois no começo da vida eles são dependentes e requerem cuidados. As mães que possuem uma fonte regular de cuidados odontológicos têm filhos com um índice de saúde bucal melhor se comparado as que não vão às consultas, e também parecem levar mais os seus filhos ao Cirurgião-Dentista e realizar com maior frequência a higiene bucal.¹³

De acordo com Goettems *et al.* (2011), em uma avaliação de 608 mães sobre a percepção delas a respeito da qualidade de vida relacionada à saúde bucal dos filhos, os resultados demonstraram que as mães ansiosas eram propensas a sentir culpa pelas experiências negativas de tratamentos ou problemas odontológicos

apresentados pelos seus filhos. Estas crianças tinham pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal do que aquelas cujas mães não eram ansiosas.¹⁴

Tickle *et al.* (2009), realizaram um estudo de coorte prospectivo inicialmente com 1.404 crianças com 5 anos de idade. Após os quatro anos de pesquisa, quando os participantes tinham 9 anos, foi realizada a segunda avaliação, que tinha por objetivo mensurar a ansiedade odontológica ao longo do tempo e examinar a relação entre cuidado dental e outros fatores. Os resultados mostraram que a prevalência de ansiedade entre as crianças aumentou de 8,8% para 14,6% ao longo dos quatro anos, e houve associação nas duas avaliações com o nível de ansiedade dos pais, além de um padrão irregular do atendimento odontológico e histórico de extração dentária.¹⁵

Percebe-se que os procedimentos odontológicos possuem grande influência na ansiedade da criança e o Cirurgião-Dentista tem a responsabilidade de conduzi-los de forma adequada, para não causar danos psicológicos aos pacientes. Uma pesquisa longitudinal acompanhou crianças entre seis e sete anos ao longo de 14 meses e meio, tempo em que os pesquisadores avaliaram a ansiedade antes de todos os procedimentos realizados, incluindo desde os preventivos até os invasivos, como a realização de anestesia e restaurações classe II. Foi observado que o nível de ansiedade ia decrescendo de acordo com o número de exposições da criança ao ambiente odontológico.²

No contexto odontológico, o alfabetismo em saúde bucal é definido como a capacidade de entender as causas de saúde bucal ruim, aprender e adotar aspectos de autocuidado, comunicar-se com prestadores de serviços odontológicos, colocar seu nome em listas de espera para tratamento dentário, encontrar o caminho para a clínica odontológica, preencher os formulários, retornar nas consultas de acompanhamento e seguir a prescrição medicamentosa.¹⁶

A compreensão das informações em saúde influencia a adequada utilização dos serviços de saúde e a adoção das medidas preventivas e terapêuticas indicadas. Foi demonstrado, em uma pesquisa com 187 pais ou cuidadores que levaram seus filhos para uma consulta na clínica de Odontopediatria na Universidade de Michigan - Estados Unidos, que os responsáveis ansiosos tinham um menor índice de alfabetismo em saúde bucal, além da baixa renda, pior saúde bucal, e maior número de restaurações.⁸

Apesar de saber que existe relação entre a ansiedade odontológica e o alfabetismo em saúde bucal, não podemos definir se ele é um dos fatores causadores da ansiedade, ou vice-versa, visto que até então foram realizados apenas estudos transversais.

Ansiedade odontológica de adultos e crianças: como mensurar?

Quando a ansiedade está presente, ocorrem respostas psicofisiológicas que alteram a atividade do ramo simpático do sistema nervoso autônomo, e então há mudanças no sistema cardiovascular, aumentando pressão arterial e frequência cardíaca. As glândulas sudoríparas produzem mais suor, os músculos apresentam movimentos espasmódicos, há sensação ofegante e/ou suspiros, xerostomia entre outros sintomas.^{6,17,18}

Visto a alteração da homeostase no organismo, provocada pela ansiedade, a verificação da frequência cardíaca, pressão arterial e os níveis de saturação do oxigênio parecem ajudar no diagnóstico desta desordem⁶. Assim como os níveis de concentração na saliva de marcadores como a alfa-amilase e o cortisol têm sido associados com a mesma.¹⁹

Entre as escalas para mensurar a ansiedade odontológica está a *State-Trait Anxiety Inventory*, validada no Brasil, que consegue verificar o estado de ansiedade do indivíduo, relativo a como ele está se sentindo naquele momento diante de estímulos, e a ansiedade traço que avalia como o participante se sente normalmente. Cada domínio dessa escala, o estado e traço, possuem 20 questões, sendo que uma questão pode somar até quatro pontos. Com 33 pontos a ansiedade é considerada baixa, de 33 a 49 é considerada moderada e acima de 49 é alta.⁷

A *Dental Anxiety Scale* (DAS) foi validada para a língua portuguesa brasileira e se mostrou confiável para mensurarmos o nível de ansiedade odontológica em pessoas que consigam ler e responder as quatro questões que a compõe.⁴ A pontuação desse questionário pode variar de 4 a 20, ou seja, cada questão pode somar até cinco pontos. Quando a *Dental Anxiety Scale* possui um escore maior ou igual a 15 o paciente é considerado muito ansioso, já entre 14-12 a ansiedade é moderada e menor ou igual a 11 determina uma baixa ansiedade.²⁰

A *Dental Fear Survey* consiste em um questionário que se divide em três dimensões: a primeira é sobre o comportamento dos pacientes em evitar tratamentos odontológicos, contendo oito itens; a segunda envolve alterações fisiológicas que ocorrem no ambiente odontológico e tem cinco questões; e a última engloba sete itens referentes a medo de situações ou estímulos específicos como ver agulha ou sentir cheiro do consultório. Cada resposta pode ter entre um e 5 pontos, variando de "nunca" a "muito". A soma desta escala compreende 20 a 100 pontos e, quanto maior este escore, maior é o medo odontológico. Ela foi validada no Brasil e se mostrou confiável.²¹

A escolha das escalas para avaliação da ansiedade odontológica nas crianças depende da idade, do desenvolvimento intelectual e também do tempo disponível para a realização da mesma.

O *Venham Picture Test* (VPT) é indicado para crianças entre três e adultos até 18 anos e mensura o estado de ansiedade no ambiente odontológico. Contém oito figuras, sendo que cada uma tem dois meninos, um com a expressão não ansiosa e o outro o contrário. Assim que a criança senta na cadeira odontológica, os profissionais a pedem para escolher o menino da figura que mais parece com ela naquele momento. A opção pela figura do menino que está ansioso soma um ponto, e assim consecutivamente. Quanto maior a pontuação, maior o grau de ansiedade. Esta medida não tem ponto de corte, a consistência interna entre as figuras é boa, porém não foi relatada sua validade.²²

A *Facial Image Scale* (FIS) é uma medida criada para crianças muito jovens com limitações cognitivas e poucas habilidades linguísticas. Sua indicação também é dos três aos 18 anos. Possui cinco faces (a primeira indica felicidade e a última tristeza), e a criança escolhe a que mais representa o que está sentindo naquele momento. Sua aplicação é rápida e se mostrou válida por ter cor-

relação com o Venham Picture Test, entretanto não foi avaliada a sua confiabilidade.²³

A *Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale* (CFSS-DS) é a medida mais popular entre os autores. Possui 15 questões para as crianças responderem sobre o quanto ficam assustadas com situações odontológicas. É confiável e o ponto de corte para determinar se a criança é ansiosa ou não é bem estabelecido, fato esse que auxilia os profissionais. É indicada às crianças de 3 anos e meio até adultos com 19 anos, porém ainda não está validada no Brasil.²⁴

A *Dental Fear Schedule Subscale Short Form* (DFSS-SF) é a versão resumida da CFSS-DS, contendo oito questões que as crianças respondem como se sentem em relação a situações e tratamentos específicos da Odontologia. Essa escala tem a vantagem de ser mais curta e rápida de aplicar e alguns termos desnecessários presentes na CFSS-DS foram removidos. Porém, ela ainda não foi validada para o português brasileiro.²⁵

A *Modified Child Dental Anxiety Scale* (MCDAS) é uma medida baseada na *Dental Anxiety Scale* (DAS) que foi elaborada para os adul-

tos. Contêm as quatro questões da DAS e mais quatro sobre anestesia geral e local, sedação e extrações. Possui validade e alta confiabilidade interna e é indicada para a faixa etária de 8 a 15 anos.²⁶

Para adaptar a MCDAS, surgiu a *Modified Child Dental Anxiety Scale Faces* (MCDASf) que incorporou ao questionário original nas opções de resposta as faces semelhantes às da *Facial Image Scale*, para ajudar as crianças a escolherem a resposta que mais representa o que sentem. Também se mostrou um instrumento válido e confiável. Ambas as escalas MCDAS e MCDASf não foram validadas para o português brasileiro.²⁷



FIGURA 1
Venham Picture Test (VPT). Escala visual para mensurar a ansiedade odontológica de crianças e adolescentes na faixa etária de 3 a 18 anos²²

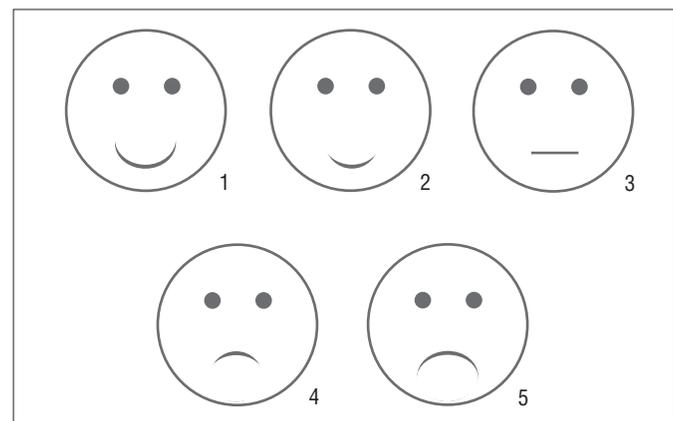


FIGURA 2
Facial Image Scale (FIS). Escala visual para mensurar a ansiedade odontológica de crianças e adolescentes na faixa etária de 3 a 18 anos²³

- 1 - Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?
 - Eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável
 - Eu não me importaria
 - Eu me sinto ligeiramente desconfortável
 - Eu acho que eu me sentiria desconfortável e teria dor
 - Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria
- 2 - Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?
 - Relaxado
 - Meio desconfortável
 - Tenso
 - Ansioso
 - Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal
- 3 - Quando você está na cadeira odontológica esperando o dentista preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como você se sentiria?
 - Relaxado
 - Meio desconfortável
 - Tenso
 - Ansioso
 - Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal
- 4 - Você está na cadeira odontológica. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos para raspar os seus dentes (perto da gengiva), como você se sente?
 - Relaxado
 - Meio desconfortável
 - Tenso
 - Ansioso
 - Tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal

FIGURA 3
Dental Anxiety Scale (DAS). Escala utilizada para mensurar a ansiedade odontológica em adolescentes e adultos. Traduzida e validada para o português brasileiro⁴

O *Dental Fear Survey*, inicialmente elaborado para adultos, foi revisado e a versão com 20 itens foi empregada em dois estudos com crianças, onde se observou uma boa consistência interna quando empregado na faixa etária de 8 a 18 anos, embora algumas das questões sejam dispensáveis para aplicação nos pacientes infantis e ainda aguarda a validação e tradução para o idioma português brasileiro.²⁸

O *Smiley Faces Programme* (SFP) e o *Smiley Faces Programme Revised* (SFP-R) adicionaram sete faces que são semelhantes às utilizadas no MCDASf em resposta a como a criança se sente em relação a cenários odontológicos, por exemplo: "ter uma consulta odontológica no dia seguinte". A forma revisada adiciona ainda mais um cenário sobre "ter um dente perdido". Ambas as medidas se mostraram válidas e envolvem crianças e adolescentes de 4 a 15 anos. Uma deficiência é que se faz necessária a presença de um computador para a avaliação se tornar possível e também não foi traduzido e validado para o idioma português brasileiro.^{29,30}

DISCUSSÃO

Devido às alterações ocorridas no corpo humano causadas pela ansiedade, as medidas objetivas como a verificação da frequência cardíaca são bastante eficazes para identificarmos os sinais clínicos da mesma. As escalas subjetivas dependem da escolha do paciente, o que pode mascarar o verdadeiro problema. Assim, se aliarmos as duas medidas podemos ter um diagnóstico mais preciso.^{6,19}

A utilização da *Dental Anxiety Scale* (DAS)⁴, validada para o português brasileiro, se mostrou confiável e consegue avaliar a ansiedade odontológica de maneira adequada; ainda, a combinação da *State-Trait Anxiety Inventory*⁷ com a DAS pode ser uma estratégia eficaz a fim de buscar associação entre a alteração comportamental do indivíduo relativa à ansiedade traço, que é natural do indivíduo, com uma situação específica no consultório odontológico

geradora de ansiedade, e também para poder diferenciá-las.

As escalas citadas na tabela 1 estão disponíveis para o uso de pesquisadores e Cirurgiões-Dentistas. Cabe a cada um selecionar a que melhor se adapte à realidade, seja do consultório ou da pesquisa, devendo sempre optar por aquelas que forem confiáveis e válidas e que consigam extrair a resposta mais fiel do comportamento do paciente de acordo com a idade e capacidade cognitiva da criança.

Além de considerar as características individuais de cada paciente, o Cirurgião-Dentista deve reconhecer que ele pertence a um processo cultural, social e político, e está inserido em uma comunidade onde influencia pessoas e também é influenciado por elas. A ansiedade odontológica nos adultos ocorre por uma série de fatores e pode trazer muitas consequências para eles próprios, seus dependentes e pessoas ao seu redor.^{13,14}

Os fatores associados a esta desordem podem ser a baixa escolaridade, menor renda e uma condição de saúde bucal ruim, bem como um padrão de atendimento odontológico irregular.¹ Estas características fazem sentido quando se imagina que estão interligadas por um ciclo onde as pessoas que tem ansiedade odontológica vão pouco ou nem vão a consultas, por motivos como a ansiedade, falta de confiança no Cirurgião-Dentista ou dificuldade de pagar pelos procedimentos, acarretando assim em uma má condição bucal, ou mesmo dor de dente. Então procuram atendimento odontológico para resolver problemas de urgência e, em seguida, abandonam o tratamento.¹¹

De acordo com Goettems *et al.* (2011), as mães ansiosas sentem mais culpa pelas experiências de tratamentos ou problemas odontológicos apresentados pelos seus filhos. Ainda, piores condições socioeconômicas e um estado de saúde bucal ruim tinham impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde bucal das crianças.¹⁴

Com base nestes estudos, percebe-se que as orientações do Cirurgião-Dentista relacionadas à saúde bucal devem ser fornecidas tanto para as crianças quanto para as mães e a família, fazendo da educação

TABELA 1
Escalas para mensurar a ansiedade odontológica em crianças

Escala	Itens	Idade	Estudo que validou o instrumento
Venham Picture Test (VPT)	8 figuras – em cada uma consta um menino ansioso e o outro não ansioso	3-18 anos	VENHAM e GAULIN-KREMER, 1979 ²²
Facial Image Scale (FIS)	5 faces – muito feliz até muito triste	3-18 anos	BUCHANAN e NIVEN, 2002 ²³
Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS)	15 questões	3,5-19 anos	CUTHBERT e MELAMED, 1982 ²⁴
Dental Fear Schedule Subscale Short Form (DFSS-SF)	Forma reduzida do CFSS-DS, com 8 questões	8-15 anos	CARSON e FREEMAN, 1997 ²⁵
Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDAS)	8 questões	8-15 anos	WONG, HUMPHRIS e LEE, 1998 ²⁶
Modified Child Dental Anxiety Scale Faces (MCDASf)	5 faces – semelhante ao FIS – para responder às 8 questões	8-12 anos	HOWARD e FREEMAN, 2007 ²⁷
Dental Fear Survey (DFS)	20 questões	8-18 anos	KLEINKNECHT et al., 1984 ²⁸
Smiley Faces Programme (SFP)	7 faces – semelhante ao MCDASf	4-15 anos	BUCHANAN, 2005 ²⁹
Smiley Faces Programme Revised (SFP-R)	Acréscimo de um cenário para a criança responder como ela se sente	4-15 anos	BUCHANAN, 2010 ³⁰

em saúde uma estratégia preventiva para que os pacientes infantis possam crescer e se desenvolver de maneira saudável, interferindo positivamente nas questões relacionadas à saúde bucal de todo núcleo familiar.

Em um estudo de coorte prospectivo observou-se uma clara associação entre a ansiedade odontológica das crianças e de suas mães, além de que a prevalência tende a aumentar ao longo dos anos e também está relacionada a um padrão irregular de atendimento odontológico e a procedimentos invasivos como a extração dentária.¹⁵

A oferta de serviços odontológicos às mães cujos filhos estão em crescimento poderia também trazer benefício a eles, pois de acordo com Grembowski *et al.* (2009), as mães que vão ao dentista possuem crianças com melhores indicadores de saúde bucal e também parecem levá-los mais às consultas.¹³

A conduta do paciente infantil no ambiente odontológico pode ser influenciada pelas primeiras visitas ao Cirurgião-Dentista. Se a criança não passar por experiências traumáticas e seu comportamento for adequadamente condicionado, ela estará mais colaborativa nas consultas posteriores. Uma pesquisa teve como objetivo avaliar crianças antes de iniciar o atendimento com o Cirurgião-Dentista em cinco consultas, ao longo de 14 meses e meio, e os procedimentos variavam de preventivos a invasivos. Foi observado que o nível de ansiedade ia decrescendo de acordo com o número de exposições da criança ao ambiente odontológico.²

Ainda deve-se considerar que para proporcionar um adequado atendimento odontológico ao paciente, deve-se pensar a melhor ma-

neira de ofertar informações para que elas consigam retê-las, bem como procurar meios de diminuir o nível de ansiedade dos mesmos.

Embora exista um estudo que encontrou a associação da ansiedade com o alfabetismo em saúde bucal⁸, são necessárias mais pesquisas para elucidar a dinâmica do processo entre esses dois fatores, como saber se a ausência ou a dificuldade do entendimento sobre o diagnóstico e o plano de tratamento dos filhos poderia gerar ansiedade odontológica; ou então, o fato de ter esta desordem poderia interferir na busca por informações. Porém, esta relação causal não pode ser estabelecida, pois o estudo realizado foi transversal.

CONCLUSÃO

A partir desta revisão de literatura, foi possível apontar as principais escalas objetivas e subjetivas para medir a ansiedade odontológica de crianças e adultos, permitindo ao Cirurgião-Dentista escolher a que melhor se adapte à sua realidade e ao perfil de seus pacientes.

Além disso, foi identificado que o comportamento dos pais está diretamente relacionado ao das crianças, incluindo a ansiedade e as condições em saúde bucal.

Desta forma, denota-se a importância de conseguirmos diagnosticar os pacientes adultos e infantis e seus níveis de ansiedade odontológica, utilizando instrumentos já traduzidos e validados para o português brasileiro. A intervenção precoce, de maneira individualizada, viabiliza a realização de tratamento menos estressante tanto para o paciente como para o profissional.

REFERÊNCIAS

- Goettens ML, Schuch HS, Demarco FF, Ardenghi TM, Torriani DM. Impact of dental anxiety and fear on dental care use in Brazilian women. *J Public Health Dent* 2014;74(4):310-16.
- De Menezes Abreu DM, Leal SC, Mulder J, Frencken JE. Patterns of dental anxiety in children after sequential dental visits. *Eur Arch Paediatr Dent* 2011;12(6):298-302.
- Potter CM, Kinner DG, Tellez M, Ismail AI, Heimberg RG. Clinical implications of panic symptoms in dental phobia. *J Anxiety Disord* 2014;28(7):724-30.
- Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. *Depress Anxiety* 2007;24(7):467-71.
- De Carvalho RW, de Carvalho Bezerra Falcão PG, de Luna Campos GJ, de Souza Andrade ES, de Egito Vasconcelos BC, da Silva Pereira MA. Prevalence and predictive factors of dental anxiety in Brazilian adolescents. *J Dent Child (Chic)* 2013;80(1):41-6.
- Muñelo-Lorenzo J, Sanfeliub JO, Alegrec SV, Lombardi FL, Cepeda XLO, Suarez-Cunquero MM. Haemodynamic Response and Psychometric Test Measuring Dental Anxiety in a Spanish Population in Galicia. *Oral Health Prev Dent* 2014;1:3-12.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. State-Trait Anxiety Inventory - STAI. Rio de Janeiro: Tradução Biaggio, A.M.B., Natalício, L. CEPA; 1979.
- Shin WK, Braun TM, Inglehart MR. Parents' dental anxiety and oral health literacy: effects on parents' and children's oral health-related experiences. *J Public Health Dent* 2014;74(3):195-201.
- Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, da Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saúde Pública* 2010;44(3):559-65.
- CONSORT Statement 2010. Página consultada em 10 de junho de 2015, <http://www.consortstatement.org/consort-statement>.
- Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health* 2007;7:1-15.
- Armfield JM, Ketting M. Predictors of Dental Avoidance Among Australian Adults With Different Levels of Dental Anxiety. *Health Psychology* 2015;34(9):929-40.
- Grembowski D, Spiekerman C, Milgrom P. Linking mother access to dental care and child oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37(5):381-90.
- Goettens ML, Ardenghi TM, Romano AR, Demarco FF, Torriani DD. Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children. *Qual Life Res* 2011;20(6):951-59.
- Tickle M, Jones C, Buchanan K, Milsom KM, Blinkhorn AS, Humphris GM. A prospective study of dental anxiety in a cohort of children followed from 5 to 9 years of age. *Int J Paediatr Dent* 2009;19(4):225-32.
- Parker EJ, Jamieson LM. Associations between Indigenous Australian oral health literacy and self-reported oral health outcomes. *BMC Oral Health* 2010;10:3.
- Wells R, Outhred T, Heathers JAJ, Quintana DS, Kemp AH. Matter Over Mind: A Randomised-Controlled Trial of Single-Session Biofeedback Training on Performance Anxiety and Heart Rate Variability in Musicians. *PLoS ONE* 2012;7(10):e46597.
- Matsuoka H, Chiba I, Sakano Y, Saito I, Abiko Y. The effect of cognitive appraisal for stressors on the oral health-related QOL of dry mouth patients. *Biopsychosoc Med* 2014;22(8):24.
- Yfanti K, Kitraki E, Emmanouil D, Pandis N, Papagiannoulis L. Psychometric and bio-hormonal indices of dental anxiety in children. A prospective cohort study. *Stress* 2014;17(4):296-304.
- Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc* 1978;97:816-19.
- Cesar J, de Moraes AB, Milgrom P, Kleinknecht RA. Cross validation of a Brazilian version of the Dental Fear Survey. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993;21(3):148-50.
- Venham LL, Gaulin-Kremer E. A self-report measure of situational anxiety for young children. *Pediatr Dent* 1979;1(2):91-6.
- Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *Int J Paediatr Dent* 2002;12(1):47-52.
- Cuthbert MI, Melamed BG. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child* 1982;49:432-36.
- Carson P, Freeman R. Assessing child dental anxiety: the validity of clinical observations. *Int J Paediatr Dent* 1997;7(3):171-76.
- Wong HM, Humphris GM, Lee GT. Preliminary validation and reliability of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Psychol Rep* 1998;83(3):1179-86.
- Howard KE, Freeman R. Reliability and validity of a faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Int J Paediatr Dent* 2007;17(4):281-88.
- Kleinknecht RA, Thorndike RM, McGlynn FD, Harkavy J. Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. *J Am Dent Assoc* 1984;108(1):59-61.
- Buchanan H. Development of a computerised dental anxiety scale for children: validation and reliability. *Br Dent J* 2005;199(6):359-62.
- Buchanan H. Assessing dental anxiety in children: the Revised Smiley Faces Program. *Child Care Health Dev* 2010;36(4):534-38.