



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
CAMPUS AVANÇADO GOVERNADOR VALADARES
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**



**FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE
ODONTOLÓGICA EM CRIANÇAS: UM ESTUDO
PILOTO**

Laíssa Oliveira Caldeira

2019

LAÍSSA OLIVEIRA CALDEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE ODONTOLÓGICA EM
CRIANÇAS: UM ESTUDO PILOTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Odontologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares, como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Dra. Taís de Souza Barbosa

Coorientadora: Profa. Dra. Laísa Araujo Cortines Laxe

Governador Valadares

2019

Caldeira, Laíssa Oliveira.

Fatores associados à Ansiedade Odontológica em crianças: um estudo piloto / Laíssa Oliveira Caldeira. -- 2019.

52 p.

Orientadora: Taís de Souza Barbosa

Coorientadora: Laísa Araujo Cortines Laxe

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Avançado de Governador Valadares, Faculdade de Odontologia, 2019.

1. Ansiedade ao tratamento odontológico. 2. Criança. 3. Higiene bucal. 4. Questionário. I. Barbosa, Taís de Souza , orient. II. Laxe, Laísa Araujo Cortines, coorient. III. Título.

LAÍSSA OLIVEIRA CALDEIRA

**FATORES ASSOCIADOS À ANSIEDADE ODONTOLÓGICA EM
CRIANÇAS: UM ESTUDO PILOTO**

Aprovada em 20 de novembro de 20 19, por:

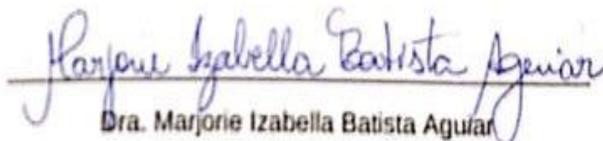
Banca Examinadora



Prof. Dra. Taís de Souza Barbosa
Orientadora – UFJF/GV



Prof. Dra. Janaina Cristina Gomes
Examinadora – UFJF/GV



Dra. Marjorie Izabella Batista Aguiar
Examinadora – UFJF/GV

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à Deus por ele ter me dado a oportunidade de estar realizando mais este sonho. À minha família, em especial a minha mãe, por sempre abrir mão dos seus sonhos para que eu realizasse os meus. Aos amigos que conheci nesta caminhada e sempre estarão comigo em minhas orações. Aos mestres pelos ensinamentos compartilhados com tanta dedicação. Recebam esse trabalho como forma de todo meu agradecimento e amor!

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à Deus por estar fechando mais um ciclo e iniciando outro, por Ele ter me dado força para prosseguir e chegar até aqui. Agradeço à minha família pelo incentivo, amor e carinho. Aos meus amigos de faculdade, que se tornaram a minha família e futuros colegas de profissão. Agradeço aos amigos distantes que mesmo longe me escutaram e me incentivaram a dar o melhor de mim, sempre acreditando no meu potencial. Agradeço a todos que de uma forma ou outra fizeram parte deste estudo, em especial minha orientadora Profa. Dra. Taís de Souza Barbosa que não mediu esforços e tanto me ajudou para concluir esse trabalho, minha coorientadora Profa. Dra. Laísa Araujo Cortines Laxe que mesmo distante se fez presente nas correções e contribuições. Agradeço as crianças e os pais/responsáveis pela participação voluntária neste estudo.

Gratidão por tudo!

RESUMO

A ansiedade odontológica pode estar associada à recusa na procura por tratamento, atrasos ou faltas nas consultas, ou problemas comportamentais da criança durante o atendimento, o que pode comprometer o estado de saúde bucal da criança. Este estudo piloto teve como objetivo verificar a influência dos hábitos de higiene oral, dietéticos e nocivos, história odontológica e experiência de cárie dentária no nível de ansiedade odontológica em pacientes infantis. A amostra consistiu de 30 crianças (♂ =15) em tratamento odontológico na Clínica Integrada Infantil da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares, com idade entre cinco e treze anos. As seguintes informações foram coletadas dos prontuários dos pacientes: sexo, idade, frequência de escovação dentária (por dia), tipo de dieta (cariogênica ou não cariogênica), experiência odontológica pregressa e comportamento, hábitos nocivos (roer unhas, etc.), experiência de cárie dentária (índice CPOD/ceo-d). A ansiedade odontológica foi avaliada pela aplicação, por meio de entrevista com a criança, da versão de faces do *Modified Child Dental Anxiety Scale* (MCDASf) em Português Brasileiro, que contém oito questões, com opções de resposta em escala Likert de cinco pontos, variando de "tranquilo/despreocupado" (escore 1) a "muitíssimo preocupado" (5). A pontuação total varia de oito (pouca ou nenhuma ansiedade) e quarenta pontos (extrema ansiedade). Os dados foram analisados por estatística descritiva, Qui-quadrado partição/independência, teste t não pareado, ANOVA um critério, com nível de significância de $\alpha=0,05$. O sexo masculino apresentou em média maior idade do que o feminino (9,4 vs. 7,73 anos; $p<0,05$). Aproximadamente metade das crianças reportou escovação dentária 3 vezes/dia (43,3%, $p<0,05$). A maioria dos participantes apresentou dieta cariogênica (♂ =93,3%; ♀ =86,7%). A questão 2 (examinarem os seus dentes) teve maior frequência de resposta "um pouco preocupado" (36,7%, $p<0,05$). Quase metade da amostra reportou se sentir "muitíssimo preocupado" em tirarem seu dente (43,3%, questão 6) e 1/3 em darem uma injeção na gengiva para fazer o seu dente dormir (30%, questão 4) ($p<0,05$). Na comparação entre os sexos, 53,3% das meninas se sentiu "muitíssimo preocupado" ao darem uma injeção na gengiva para fazer seu dente dormir ao contrário de 6,7% dos meninos ($p<0,05$). Os itens 7 e 8 foram incompreendidos por aproximadamente metade da amostra (43,3 e 50%, respectivamente) e o item 4 por

quase 1/3 das crianças (33,3%) ($p < 0,05$), a maioria meninos (46,7%, 60% e 66,7%, respectivamente) ($p < 0,05$). O escore total da MCDASf variou de 7 a 27 pontos, com média de 23,1 ($\pm 7,3$), indicando que a medida detectou variabilidade substancial na percepção das crianças sobre a ansiedade odontológica. Não houve efeito piso (escore = 0) e efeito teto (escore máximo). Apesar de não significativo, maiores valores de MCDASf foram observados em crianças de 8 a 10 anos (25,1), do sexo masculino (23,8), com hábitos de escovação 3 ou mais vezes ao dia (23,5), dieta cariogênica (23,6) e com experiência de cárie dentária em 7 ou mais dentes (25,9) ($p > 0,05$, teste ANOVA um critério). Na amostra avaliada, foi reportada maior ansiedade odontológica frente aos procedimentos exodontia e anestesia, sendo este último mais temido pelas meninas.

Palavras-chave: ansiedade ao tratamento odontológico, criança, higiene bucal, questionário.

ABSTRACT

Dental anxiety may be associated with refusal to seek treatment, delays or missed appointments, or behavioral problems of the child during care, which may compromise the child's oral health status. This pilot study aimed to evaluate the influence of oral hygiene, dietary and harmful habits, dental history and dental caries experience on the level of dental anxiety in children patients. The sample consisted of 30 five to thirteen-yr-old children ($\text{♂} = 15$) undergoing dental treatment at the Integrated Children's Clinic of the Federal University of Juiz de Fora, campus of Governador Valadares. The following information was collected from patient records: gender, age, frequency of tooth brushing (per day), type of diet (cariogenic or non-cariogenic), past dental experience and behavior, harmful habits (nail biting, etc.), dental caries experience (DMFT/dmft index). Dental anxiety was assessed by applying, through an interview with the child, the faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDASf), previously translated and adapted to Brazilian Portuguese language, which contains eight questions, with five-point Likert scale response options, ranging from "relaxed/not worried" (score 1) to "very worried" (5). The total score ranges from eight (little or no anxiety) and forty points (extreme anxiety). Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square partition/independence, unpaired t-test, one-way ANOVA, with significance level of $\alpha=0.05$. Males were on average older than females (9.4 vs. 7.73 years; $p<0.05$). Approximately half of the children reported toothbrushing 3 times/per day (43.3%, $p<0.05$). Most participants had a cariogenic diet ($\text{♂} = 93.3\%$; $\text{♀} = 86.7\%$). Question 2 ("having your teeth looked at") had a higher frequency of "very slightly worried" response (36.7%, $p<0.05$). Almost half of the sample reported feeling "very worried" about "having a tooth taken out" (43.3%, question 6) and 1/3 about "having an injection in the gum to freeze a tooth" (30%, question 4) ($p<0.05$). In the comparison between genders, 53.3% of girls felt "very worried" about "having an injection in the gum to freeze a tooth" when compared with 6.7% of boys ($p<0.05$). Items 7 and 8 were misunderstood by approximately half of the sample (43.3 and 50%, respectively) and item 4 by nearly 1/3 of children (33.3%) ($p<0.05$), mostly boys (46.7%, 60% and 66.7%, respectively) ($p<0.05$). MCDASf total score ranged from 7 to 27 points, with a mean of 23.1 (± 7.3), indicating that the measure detected substantial variability in children's perception of dental anxiety. There was no floor

effect (score = 0) and ceiling effect (maximum score). Although not significant, higher MCDASf values were observed in eight to ten-yr-old children (25.1), male (23.8), with brushing habits 3 or more times per day (23.5), diet cariogenic (23.6) and with experience of dental caries in 7 or more teeth (25.9) ($p > 0.05$, one-way ANOVA test). In the evaluated sample, higher dental anxiety was reported regarding the procedures of extraction and anesthesia, the latter being more feared by the girls.

Keywords: child, dental anxiety, oral hygiene, questionnaire

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CFSS-DS – Children’s Fear Survey Schedule-Dental Subscale
CFSS-SF – versão curta do CFSS
CPOD – número de dentes permanentes cariados, perdidos e restaurados
CPQ₁₁₋₁₄-ISF:16 – Child Perceptions Questionnaire Short-Form
DAQ – Dental Anxiety Questionnaire
DAS – Corah’s Dental Anxiety Scale
EAS – Emotionality, Activity, Shyness Temperament Survey for Children
FACES – Wong-Baker FACES Pain Rating Scale
FIS – Facial Image Scale
IHOS Índice de Higiene Oral Simplificado
IPC – Índice Periodontal Comunitário
MCDAS – Modified Child Dental Anxiety Scale
MCDASf – versão de faces da MCDAS
MDAS – Modified Dental Anxiety Scale
m-VPT – versão modificada do Venham Picture Test
PAQ – Parent Authority Questionnaire
RCMAS – Revised Child Manifest Anxiety Scale
VAS – Visual Analogue Scale

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 PROPOSIÇÃO.....	04
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	05
4 MATERIAL E MÉTODOS.....	12
4.1 Participantes.....	12
4.2 Coleta de dados.....	12
4.2.1 Prontuário odontológico.....	12
4.2.2 Questionário de ansiedade odontológica.....	12
4.3 Análise estatística.....	13
5 RESULTADOS.....	14
6 DISCUSSÃO.....	21
7 CONCLUSÕES	25
8 REFERÊNCIAS.....	26
ANEXOS.....	31
ANEXO A - Comitê de Ética em Pesquisa.....	31
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	33
ANEXO C – Prontuário Odontológico.....	35
ANEXO D – Questionário de ansiedade odontológica.....	38
APÊNDICES.....	39
APÊNDICE A - Resumo Revisão Bibliográfica.....	39

1 INTRODUÇÃO

A ansiedade odontológica está frequentemente presente no tratamento odontológico em crianças de diferentes idades.¹ A definição desse tipo de ansiedade compreende um estado de apreensão de que algo terrível acontecerá em relação ao tratamento odontológico e está associado à sensação de perda de controle.² A ansiedade odontológica geralmente se manifesta pela primeira vez durante a infância, sendo caracterizada por um fenômeno complexo e multifatorial,¹ o qual surge em decorrência da interação entre características da personalidade, como estado de ansiedade geral, medos gerais, distúrbios de humor e experiências condicionantes. A prevalência de ansiedade odontológica varia entre 3% e 43% na população em todo o mundo.^{2,3}

O medo odontológico é uma reação fisiológica, comportamental e emocional amplamente exacerbada decorrente de um ou mais estímulos ameaçadores na prática odontológica e também tem natureza multifatorial.^{4,5} A ansiedade odontológica, por outro lado, não está associada a um estímulo externo específico, mas sim a sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo ou preocupação. Ambos os fenômenos são causas frequentes para se evitar o tratamento odontológico, podendo resultar, ao longo do tempo, em saúde bucal deficiente.^{6,7} As consequências das respostas emocionais negativas advindas da ansiedade influenciam a prática odontológica e o comportamento dos pacientes. Um exemplo disso, é que o medo e ansiedade odontológica em crianças tem sido associados a comportamentos não colaboradores, dificultando ou até mesmo impossibilitando a realização dos procedimentos odontológicos.^{5,8-10}

De acordo com a literatura, existem diversos fatores associados à ansiedade odontológica, tais como idade da criança. Crianças na faixa etária entre seis e sete anos tendem a ser menos ansiosas e, com o passar dos anos, conseguem lidar de maneira mais eficaz com os estímulos relacionados aos procedimentos odontológicos.¹¹⁻¹⁴ Sugere-se, então, que o medo e a ansiedade odontológica diminui com o aumento da idade, mas há escassez de estudos que avaliem as alterações no estado emocional dos pacientes infantis ao longo do tempo.¹¹

A saúde bucal deficiente e a maior experiência de cárie dentária (aferida pelo índice CPOD – número de dentes permanentes cariados, perdidos e

restaurados)¹⁵⁻¹⁷ também têm sido associados à ansiedade odontológica em função da maior evasão das consultas ao dentista e por evitar o tratamento odontológico.^{15,20} A alta prevalência de evasão do tratamento odontológico relacionada à ansiedade odontológica tem sido associada à experiência odontológica dolorosa durante a visita ao dentista.^{18,21,22}

Diferentes estudos já publicados na literatura têm demonstrado a influência de diversos fatores relacionados ao desenvolvimento da ansiedade odontológica em crianças, dentre os quais se destacam o sexo, a ansiedade materna, o estado emocional dos pais e irmãos,²³⁻²⁷ assim como, fatores socioeconômicos e culturais.²⁸⁻³⁰ Embora ainda controverso, as crianças do sexo feminino tendem a ser mais ansiosas do que do sexo masculino.^{5,8,18,19} Estudos prévios observaram que as crianças com medo e ansiedade odontológica apresentavam irmãos que sofriam destes mesmos comportamentos, porém nenhuma associação com a quantidade de irmãos e com a ordem de nascimento foi constatada.³¹⁻³³ No caso do estado emocional geral, alguns temperamentos como comportamentos emocionais negativos e timidez favorecem o desenvolvimento de ansiedade odontológica.^{30,34}

Diversas ferramentas podem ser utilizadas para avaliar a ansiedade odontológica em crianças. Dentre aquelas, pode-se aplicar escalas de comportamento, como a versão modificada do *Venham Picture Test* (m-VPT);^{35,36} medidas fisiológicas, como níveis salivares de alfa-amilase e cortisol;^{37,38} e, escalas, como a *Corah's Dental Anxiety Scale* (DAS)^{39,40} e a *Modified Child Dental Anxiety Scale* (MCDAS).⁴¹

A MCDAS é uma versão modificada da DAS para uso em crianças, considerando que esta última, apesar de apresentar somente quatro questões, parece ser de difícil compreensão e interpretação para crianças jovens. A MCDAS é composta de oito questões, sendo quatro da versão original DAS e mais quatro sobre anestesia geral e local, sedação e exodontias. A mesma apresenta validade e alta confiabilidade interna, sendo indicada para a faixa etária de oito a quinze anos.⁴¹

Visando a aplicação de um questionário de ansiedade a crianças com idade inferior a oito anos e a melhor compreensão das questões pela população infantil, Howard *et al.* (2007)⁴² propuseram a versão de faces da MCDAS (MCDASf). Nesta, respostas com desenhos de faces semelhantes às da Escala de Imagem Facial (*Facial Image Scale* - FIS) foram incorporadas ao questionário MCDAS original. Segundo

aqueles autores, as imagens auxiliam as crianças a escolherem as respostas que melhor representam o que as mesmas sentem. Sendo assim, a MCDASf é constituída por oito questões, aplicadas por meio de entrevista em crianças de cinco a 12 anos de idade, com opções de resposta em escala Likert de cinco pontos que varia de "tranquilo/despreocupado" (1) a "muitíssimo preocupado" (5), resultando em escores totais que variam de 5 (pouca ou nenhuma ansiedade odontológica) a 40 (ansiedade odontológica extrema).⁴²

Considerando os impactos que a ansiedade odontológica apresenta ao atendimento odontopediátrico e levando-se em consideração a disponibilidade de instrumentos específicos para mensurar este fenômeno em crianças, o presente estudo teve como objetivo verificar os fatores associados à ansiedade odontológica em pacientes sob atendimento na Clínica Integrada Infantil da Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares (UFJF-GV).

2 PROPOSIÇÃO

O objetivo geral deste estudo foi verificar os fatores associados à ansiedade odontológica em pacientes infantis em tratamento odontológico na Clínica Integrada Infantil da UFJF-GV.

Os objetivos específicos deste estudo foram:

- Avaliar as variáveis presentes nos prontuários dos pacientes em atendimento odontopediátrico, considerando sexo, idade, higiene bucal, dieta, experiência odontológica e comportamento, hábitos nocivos e experiência de cárie dentária;
- Correlacionar as informações obtidas dos prontuários com os valores do questionário de ansiedade odontológica (MCDASf) aplicado na amostra em estudo.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Realizou-se busca bibliográfica na base de dados PubMed, utilizando as palavras-chave “*factors AND associated AND with AND dental AND anxiety AND in children*”, foram encontrados 123 artigos no idioma inglês, publicados nos anos de 1995 a 2019. Destes, 24 artigos foram inicialmente selecionados a partir do título e resumo, os demais 99 artigos foram excluídos por não abordarem o assunto. Dentre os 24 artigos, 16 foram selecionados após serem lidos na íntegra, por se tratarem de estudos com a faixa etária de interesse e abordarem o tema da pesquisa, sendo resumidos e apresentados no Apêndice A. Os critérios para exclusão foram: revisão de literatura (n=2),^{43,44} estudo descritivo (n=1),¹⁵ estudos não restritos a faixa etária de interesse (n=1)⁴⁵ e uso de questionários não validados (n=4).^{23,46-48}

Em 1995, Klingberg *et al.*¹² avaliaram a relação entre medo odontológico e os impactos resultantes deste fenômeno durante as consultas odontológicas a crianças. A amostra consistiu de 4.505 crianças suecas, com faixas etárias entre quatro e seis anos e entre nove e onze anos. Pais de 3.204 crianças (71%) responderam o *Children’s Fear Survey Schedule-Dental Subscale* (CFSS-DS), a versão curta do CFSS (short-form – CFSS-SF) e a escala DAS para medir o medo odontológico. Informações referentes à prevalência, fatores concomitantes e efeitos clínicos do medo odontológico, bem como problemas de comportamento e índice CPOD também foram coletadas. Concluiu-se que o medo odontológico estava associado ao maior número de faltas em consultas odontológicas e à maior experiência de cárie dentária. A ansiedade odontológica materna e a idade das crianças foram fatores etiológicos importantes para o desenvolvimento do medo odontológico na população infantil estudada.

Folayan *et al.*¹¹, em 2003, realizaram um estudo com 81 pacientes da Clínica Odontológica Pediátrica do Complexo de Hospitais da Universidade Obafemi Awolowo (OAUTHC), Ile-Ife, na Nigéria, com idade entre oito e treze anos. Foi aplicada a CFSS-SF a todas as crianças e os seus comportamentos durante o tratamento foram avaliados utilizando-se a Escala Comportamental de Frankl (*Frankl behavioral scale*). Uma avaliação adicional também foi feita aplicando-se análise dicotômica simples de ansioso *versus* não ansioso. Também foi utilizado

um cronograma de entrevistas sociodemográficas para obter dados dos pacientes e dos pais/responsáveis. O *status* socioeconômico foi obtido por meio do índice de escolaridade da mãe e da ocupação do pai. Idade, sexo e *status* socioeconômico não foram fatores de influência no desenvolvimento da ansiedade odontológica neste grupo de crianças e o tipo de escola frequentada teve um papel significativo na ansiedade odontológica.

Em 2010, Nicolas *et al.*³⁰ avaliaram o medo odontológico em 1.303 crianças francesas (681 meninos e 622 meninas), com idade entre cinco a onze anos, por meio de entrevista, exame clínico e aplicação da Escala Analógica Visual (*Visual Analogue Scale – VAS*) variando a intensidade de 0 (sem medo) a 10 (alto medo). O comportamento durante o tratamento odontológico foi classificado pela escala modificada VENHAM. O estudo mostrou que a experiência dolorosa anterior no cenário odontológico tem relação positiva com o medo odontológico.

Carrillo-Diaz *et al.*⁸, em 2012, analisaram a relação entre sexo, ansiedade odontológica e bem-estar emocional relacionado à saúde bucal em crianças. Foram incluídas 161 crianças e adolescentes com idade de sete a catorze anos, as quais frequentavam três escolas de Madrid, na Espanha, e foram atendidas na Universidade de Rey Juan Carlos. Foram utilizados os 4 itens correspondentes à dimensão bem-estar emocional do *Child Perceptions Questionnaire Short-Form* (CPQ₁₁₋₁₄-ISF:16), os quais foram aplicados para avaliar até que ponto as crianças ficaram chateadas, preocupadas com a percepção dos outros, sentiram-se tímidas, irritadas ou frustradas devido à sua condição bucal nos últimos três meses. A ansiedade foi mensurada por uma adaptação da *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS) e pela escala de Likert de 5 pontos, a qual foi complementada com rostos que indicavam o nível de ansiedade. Além disso, o CPOD dos pacientes foi calculado. Em crianças do sexo feminino, altos níveis de ansiedade odontológica foram associados a baixos níveis de bem-estar emocional relacionado à saúde bucal. Por outro lado, a ansiedade odontológica não influenciou o bem-estar emocional relacionado à saúde bucal nas crianças do sexo masculino.

Em 2014, Majstorovic *et al.*⁴⁹ investigaram a relação da ansiedade de crianças ao tratamento odontológico com as características paternas e aquelas da sua infância. Um total de 118 pacientes infantis, de seis a catorze anos, assim como seus pais/responsáveis, selecionados da Faculdade de Odontologia da Universidade de Nova York, participaram da pesquisa através do CFSS-DS e MCDAS para mensurar a ansiedade, e outros fatores. Os resultados analisados permitiram concluir que as crianças do sexo feminino eram mais propensas à ansiedade e esta foi diretamente relacionada com a ansiedade dos pais/responsáveis. Porém, uma relação direta entre experiência odontológica dos pais/responsáveis no passado e a ansiedade das crianças não pode ser concluída.

No mesmo ano, Mendoza-Mendoza *et al.*⁵⁰ por meio de um estudo prospectivo em Sevilha, na Espanha, pesquisaram a relação da ansiedade odontológica de crianças ao tratamento odontológico com a idade, o nível de ansiedade dos pais/responsáveis, a possível influência de experiências negativas anteriores e a complexidade dos tratamentos já vivenciados. Uma versão adaptada da *Wong-Baker FACES Pain Rating Scale* (FACES) e DAS foram usadas para classificar a ansiedade em 303 crianças, com idade média de 5,82 anos, e em seus pais. Além disso, um histórico detalhado dos casos foi recolhido. Concluiu-se que a ansiedade odontológica em crianças está intimamente relacionada ao manejo de atendimento incorreto.

Em 2015, Soares *et al.*⁵¹ realizaram um estudo transversal com o objetivo de mensurar a prevalência de ansiedade odontológica em crianças e adolescentes de Recife, Brasil, e fatores associados. A amostra incluiu 101 crianças de ambos os sexos, com idades entre seis e dezesseis anos. Foram utilizados o *Dental Anxiety Questionnaire* (DAQ) e o CPOD foi investigado de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde. Diante dos resultados, a prevalência da ansiedade se mostrou em torno de 36,6%. Crianças e adolescentes do sexo feminino, assim como, aquelas que nunca tinham ido ao dentista se apresentaram mais propensas à ansiedade odontológica.

Soares *et al.*⁵², em 2016, realizaram um estudo longitudinal incluindo 784 crianças brasileiras, de cinco até sete anos de idade, com o objetivo de analisar os

preditores da ansiedade odontológica num espaço de tempo de dois anos. Os questionários do tipo DAQ foram respondidos pelos pais e dados sobre os estado psicológico e bem-estar físico também foram coletados. A prevalência de ansiedade odontológica em crianças na faixa etária em questão foi de 17,4%. Crianças com menor bem estar psicológico e menor renda familiar apresentaram maior chance de apresentar ansiedade odontológica.

Em 2017, Abanto *et al.*⁵³ utilizaram a FIS para avaliar a ansiedade odontológica em cerca de 100 crianças com idade de três a cinco anos, as quais foram atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil. Além disso, foram coletadas informações sobre as condições socioeconômicas da família, número de irmãos, nível parental de educação e renda familiar. Os critérios de seleção das crianças eram apresentar, pelo menos, um dente com cárie, envolvimento pulpar visível, ulceração, fístula e abscesso, índice PUFA ≥ 1 em dentes decíduos. Concluíram que a idade avançada está associada à baixa ansiedade odontológica. Maior número de irmãos está associado com ansiedade odontológica em pré-escolares, enquanto a gravidade ou extensão da cárie dentária não está associada com a ansiedade odontológica.

No mesmo ano, Soares *et al.*⁵⁴ realizaram um estudo longitudinal com 416 crianças brasileiras, com idade entre cinco a sete anos, em um período de dois anos, com o objetivo de avaliar o desenvolvimento de ansiedade odontológica e os fatores relacionados. Foram realizadas entrevistas com as crianças e com os pais/responsáveis das mesmas para coleta de diversas informações socioeconômicas, da história pregressa e da saúde em geral. O índice CPOD foi coletado e a ansiedade odontológica foi avaliada através do questionário DAQ. Durante o período do estudo, 16% das crianças desenvolveram elevada ansiedade odontológica. Crianças com baixa qualidade de saúde oral e com saúde geral instável, assim como com pais/responsáveis apresentando alta ansiedade odontológica, foram as mais propensas a desenvolver elevada ansiedade odontológica.

Em outro estudo transversal, Alshoraim *et al.*⁴, em 2018, convidaram 1.522 crianças de doze a quinze anos de idade das escolas de Jeddah, na Arábia

Saudita, a responderem o questionário CFSS-DS. O Índice Periodontal Comunitário (IPC) foi utilizado para avaliar a experiência de cárie nas crianças e o CPOD categorizou a severidade da doença presente nos estudantes. Outro método utilizado foi a Escala Comportamental de Frankl. O medo odontológico foi baixo entre os estudantes. Observou-se relação significativa entre medo odontológico e os seguintes fatores: sexo feminino, idade, frequentar escolas públicas, evitar o cirurgião-dentista devido ao medo, sentir dor em tratamentos odontológicos anteriores e se comportar mal durante o exame clínico. Não houve relação significativa entre o medo odontológico e o histórico de exposição ao cirurgião-dentista, consultas odontológicas no último ano, experiência de cárie ou tipo específico de tratamento anterior. A avaliação do nível de medo odontológico da criança antes de iniciar o tratamento odontológico, usando uma escala apropriada como a CFSS-DS, se mostrou eficaz.

Wu & Gao³¹ (2018), realizaram um estudo sobre o medo e ansiedade odontológica e fatores relacionados com a família. Para isso, foram recrutadas 405 crianças, de nove a treze anos de idade, em três escolas do ensino fundamental de Hong Kong. Os pais dessas crianças relataram informações demográficas e sobre a família através do questionário *Parent Authority Questionnaire* (PAQ), e a ansiedade odontológica dos pais e o medo odontológico das crianças foram avaliados utilizando-se CDAS e CFSS-DS, respectivamente. Crianças com irmãos tenderam a relatar medo odontológico e apresentaram maior escore de CFSS-DS. A estrutura familiar foi favorável ao controle do medo odontológico nas crianças. A ansiedade odontológica dos pais e o estilo parental não foram fatores de influência no medo odontológico das crianças.

Folayan *et al.*⁵⁵, em 2018, recrutaram 450 crianças de seis a doze anos de idade, na Nigéria, para determinar se a sucção digital é um preditor da ansiedade geral e ansiedade odontológica e se as ansiedades geral e odontológica estão associadas à experiência de cárie e à qualidade da higiene bucal. Os questionários foram respondidos pelas crianças e suas mães. A ansiedade geral foi mensurada pelo *Revised Child Manifest Anxiety Scale* (RCMAS) e o medo odontológico de cada criança foi avaliado pela CFSS-DS. Também foram realizados exames intraorais e, durante a visita domiciliar, o Índice de Higiene Oral (IHOS) foi

registrado. A experiência de cárie dentária foi avaliada utilizando-se o CPOD. A sucção digital não foi um preditor significativo nem de ansiedade geral e nem de medo odontológico na população estudada. A ansiedade geral aumentou significativamente a probabilidade de presença de cárie, enquanto o medo odontológico aumentou a probabilidade de uma boa higiene bucal.

Cademartori *et al.*⁵⁶, em 2019, realizaram um estudo com o objetivo de investigar quais fatores interferem diretamente no comportamento das crianças durante as consultas odontológicas, independentemente de quantas vezes foram ao dentista. Para isso, foi realizado um estudo longitudinal prospectivo de junho de 2015 a julho de 2016. Na amostra foram incluídas crianças com idade entre sete e doze anos atendidas na clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Pelotas-RS, Brasil, e suas mães. Os dados foram coletados por meio de entrevista com as crianças e suas mães na primeira consulta odontológica; por meio de um questionário padronizado, MDAS e DAQ; pela observação do comportamento (Escala Comportamental de Frankl) das crianças em quatro consultas odontológicas sequenciais, com intervalos de sete dias entre cada uma delas; e, pela coleta de dados clínicos dos tratamentos odontológicos realizados, dentre os quais a complexidade do tratamento foi classificada especificamente. Para testar a metodologia proposta, foi realizado um estudo piloto envolvendo 20 crianças que não foram incluídas na amostra final. Como resultado, um total de 111 crianças de sete a doze anos foram incluídas neste estudo. Em relação ao comportamento no ambiente odontológico, todas as crianças apresentaram comportamento cooperativo na primeira consulta odontológica, assim como, nas sequenciais. O estudo concluiu que a complexidade do tratamento odontológico realizado, bem como, a presença de ansiedade e dor de dente materna no último mês, afeta negativamente o comportamento da criança, independentemente de quantas vezes ela já foi ao dentista.

Jain *et al.*² (2019), realizaram um estudo transversal com o objetivo de investigar se existe uma associação entre características de temperamento de crianças em idade pré-escolar, ansiedade odontológica e seu comportamento durante o tratamento odontológico. Um total de 100 crianças, com idade entre três e cinco anos, as quais compareceram à sua primeira visita odontológica

acompanhada pelos pais, foram incluídas no estudo. A ansiedade odontológica das crianças foi mensurada usando a FIS. O comportamento das crianças durante o exame clínico oral inicial e o procedimento clínico de profilaxia foi avaliado usando a Escala Comportamental de Frankl. O temperamento foi avaliado usando a *Emotionality, Activity, Shyness Temperament Survey for Children* (EAS) classificado pelos pais. Como conclusão, as crianças com maior ansiedade apresentaram maiores chances de mostrar um comportamento definitivamente negativo, o qual diminuiu exponencialmente ao avanço da idade das crianças. O temperamento emocional e a timidez podem estar fracamente associados à ansiedade odontológica, assim como, a timidez pode estar fracamente associada ao comportamento odontológico de crianças em idade pré-escolar. O comportamento definitivamente negativo está associado à ansiedade odontológica e à idade da criança.

Dahlander *et al.*⁶ (2019), realizaram um estudo longitudinal com 160 crianças de sete a nove anos de idade, de 2011 até 2013, em Södertälje, na Suécia. Os formulários foram preenchidos pelos pais. O examinador avaliou a cooperação do paciente de acordo com a Escala Comportamental de Frankl e o cirurgião-dentista avaliou a condição bucal dos pacientes. A versão parental do CFSS-DS que contém a escala Likert de 5 pontos foi utilizada para avaliar o medo odontológico das crianças. A prevalência de medo odontológico se mostrou alta. Além disso, o desenvolvimento de novas lesões cáries, a experiência de dor de dente e as exodontias foram os fatores de risco mais significativos para o desenvolvimento de medo odontológico na população estudada.

4 MATERIAL E MÉTODOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 87773718.1.0000.5318), vinculado ao Departamento de Odontologia do Instituto de Ciências da Vida da Universidade Federal de Juiz de Fora, campus Governador Valadares (UFJF-GV) e à Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) (Anexo A). Os pais/responsáveis pelas crianças foram convidados e aqueles que aceitaram participar assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo B), após terem sido informados sobre o objetivo do estudo.

4.1 Participantes

Participaram deste estudo 30 pacientes infantis, assim como os seus pais/responsáveis, sendo que aqueles estavam em tratamento odontológico na Clínica Integrada Infantil da UFJF-GV, nos anos de 2018 e 2019. Dentre os pacientes, 15 meninas e 15 meninos, com idade entre cinco a treze anos.

4.2 Coleta de dados

4.2.1 Prontuário odontológico

Os prontuários odontológicos (Anexo C) dos pacientes convidados a participar da pesquisa foram analisados em busca de dados que consistiam em idade, sexo, número de irmãos, história pregressa (se a criança já havia sido atendida por um dentista anteriormente, já havia realizado tratamento ou não, e se esta experiência foi positiva, negativa ou indefinida), hábitos de higiene bucal (baseado na frequência de escovação diária de 1 vez ao dia até mais de 3 vezes ao dia), presença ou não de hábitos nocivos, tais como sucção digital, roer unhas, morder objetos, ranger ou apertar os dentes, o tipo de dieta (cariogênica ou não cariogênica) e por fim o CPOD que foi calculado de acordo com os critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) fazendo-se a média do número de dentes perdidos, cariados e obturados.

4.2.2 Questionário de ansiedade odontológica

Para avaliar a ansiedade odontológica foi utilizada a versão traduzida e culturalmente adaptada⁵⁷ para o Português Brasileiro da MCDASf, constituída por

oito questões, a qual foi aplicada por meio de entrevista com as crianças (Anexo D). A escala inclui perguntas sobre possíveis etapas do tratamento, tais como, exame físico, anestesia local e outras situações que podem ser consideradas motivo de sofrimento, como exodontia, anestesia geral odontológica e analgesia relativa. As opções de resposta são apresentadas em escala Likert de cinco pontos, com escores variando de "*tranquilo/despreocupado*" (1) a "*muitíssimo preocupado*" (5). Dessa forma, os escores totais variam de cinco (pouca ou nenhuma ansiedade odontológica) a 40 pontos (ansiedade odontológica extrema). Como o presente estudo utilizou os resultados da etapa do pré-teste da MCDASf, na escala constava também a opção de resposta "não entendi", a qual foi analisada considerando a sua frequência na amostra avaliada, porém sem pontuação específica.

4.3 Análise estatística

Os dados foram analisados com o pacote estatístico Bioestat 5.0 (Instituto de Desenvolvimento Sustentável Mamirauá, Belém, PA, Brazil), considerando o nível de significância de $\alpha = 0,05$. Os resultados foram submetidos à análise descritiva (média, desvio padrão, porcentagem) e ao teste de normalidade Shapiro Wilk, que detectou distribuição normal dos dados, indicando o uso de testes paramétricos. A distribuição das variáveis entre os sexos foi avaliada pelos testes Qui-quadrado independência ou Exato de Fisher, onde apropriados. O teste Qui-quadrado partição foi utilizado para comparar a distribuição dos dados em mais de dois grupos. Para comparar as médias de idade, CPOD e escores da MCDASf foram utilizados o teste t não pareado e o teste ANOVA um critério, onde apropriados.

5 RESULTADOS

A Tabela 1 mostra as características da amostra de acordo com o sexo. O sexo masculino apresentou em média maior idade do que o feminino (9,4 vs. 7,73 anos; $p < 0,05$). Aproximadamente metade das crianças reportou escovação dentária 3 vezes por dia (43,3%, $p < 0,05$). A maioria das meninas e meninos apresentou dieta cariogênica (86,7% e 93,3%; $p < 0,05$, respectivamente).

Apesar de não significativo, no sexo masculino, 26,7% apresentou somente um irmão, aproximadamente a metade já experimentou o tratamento odontológico, tendo comportamento positivo (46,7%), 40% relatou escovar os dentes 3 vezes ao dia e 33,3% apresentou o hábito de roer unhas associado a mais um hábito (morder objetos, morder lábios ou sucção digital). Já no sexo feminino, observou-se 40% de filhos únicos, aproximadamente 2/3 reportou comportamento positivo tendo experimentado (33,3%) ou não o tratamento odontológico (33,3%), quase a metade (46,7%) relatou escovar os dentes 3 vezes ao dia e 26,7% apresentou o hábito de roer unhas associado a mais um hábito (morder objetos, morder lábios ou sucção digital).

Tabela 1 – Características da amostra avaliada de acordo com o sexo.

Características	Masculino (n=15)	Feminino (n=15)	Total (n=30)
Idade média (±DP)	9,40 (2,35)^a	7,73 (1,49)	8,57 (2,11)
Nº de irmãos [n (%)]			
Nenhum	3 (20,0)	6 (40,0)	9 (30,0)
1	4 (26,7)	2 (13,3)	6 (20,0)
2	3 (20,0)	2 (13,3)	5 (16,7)
+ 3	2 (13,3)	-	2 (6,7)
Informação ausente	3 (20,0)	5 (33,3)	8 (26,7)
História Odontológica [n (%)]			
Já realizou tratamento / comportamento positivo	7 (46,7)	5 (33,3)	12 (40,0)
Já realizou tratamento / comportamento negativo	3 (20,0)	3 (20,0)	6 (20,0)
Já realizou tratamento / comportamento indefinido	2 (13,3)	1 (6,7)	3 (10,0)
Não fez tratamento / comportamento positivo	2 (13,3)	5 (33,3)	7 (23,3)
Não fez tratamento / comportamento negativo	-	1 (6,7)	1 (3,3)
Não fez tratamento / comportamento indefinido	-	-	-
Nunca foi atendido	1 (6,7)	-	1 (3,3)
Hábitos de Escovação [n (%)]			
1x/dia	3 (20,0)	2 (13,3)	5 (16,7)
2x/dia	5 (33,3)	4 (26,7)	9 (30,0)
3x/dia	6 (40,0)	7 (46,7)	13 (43,3)^b
> 3x/dia	1 (6,7)	1 (6,7)	2 (6,7)
Informação ausente	-	1 (6,7)	1 (3,3)
Dieta [n (%)]			
Cariogênica	13 (86,7)^c	14 (93,3)^c	27 (90,0)^c
Não cariogênica	2 (13,3)	1 (6,7)	3 (10,0)
Hábitos Nocivos [n (%)]			
Roer unhas	2 (13,3)	1 (6,7)	3 (10,0)
Ranger ou apertar os dentes	-	2 (13,3)	2 (6,7)
Roer unhas + um hábito (morder objetos, morder lábios ou sucção digital)	5 (33,3)	4 (26,7)	9 (30,0)
Outras associações (roer unhas, sucção digital, morder objetos, ranger ou apertar os dentes)	3 (20,0)	3 (20,0)	6 (20,0)
Informação ausente	4 (26,7)	5 (33,3)	9 (30,0)
Não possui	1 (6,7)	-	1 (3,3)
Média do nº de dentes cariados, perdidos e restaurados (±DP)	5,00 (2,70)	5,13 (2,77)	5,07 (2,69)

^ap<0,05 (teste t não pareado, diferença entre colunas)

^bp<0,05 (teste Qui-quadrado partição, diferença entre linhas)

^cp<0,05 (teste Qui-quadrado independência, diferença entre linhas)

A Tabela 2 mostra a distribuição dos escores para cada questão da MCDASf de acordo com o sexo. Considerando a amostra total de 30 crianças, 63,3% reportou se sentir “tranquilo/despreocupado” ao limparem seus dentes (questão 3), 60% em ir ao dentista de um modo geral (questão 1), 36,7% ao usarem a broca (motorzinho) no seu dente (questão 5), 36,7% ao darem um remédio para você tomar que o faça dormir durante o tratamento (questão 7) e 33,3% ao usarem uma máscara com cheirinho para você relaxar, mas sem dormir (questão 8) ($p < 0,05$, teste Qui-quadrado partição). Somente a questão 2 (examinarem os seus dentes) teve maior frequência de resposta “um pouco preocupado” (36,7%, $p < 0,05$). Quase metade da amostra reportou se sentir “muitíssimo preocupado” em tirarem seu dente (43,3%, questão 6) e 1/3 em darem uma injeção na gengiva para fazer o seu dente dormir (30%, questão 4) ($p < 0,05$, teste Qui-quadrado partição).

Na comparação entre os sexos, 53,3% das meninas se sentiu “muitíssimo preocupado” ao darem uma injeção na gengiva para fazer seu dente dormir ao contrário de 6,7% dos meninos ($p < 0,05$, teste Qui-quadrado independência). Na avaliação para cada sexo separadamente, 66,7% dos meninos e 60% das meninas reportaram se sentir “tranquilo/despreocupado” ao “limparem os seus dentes” (questão 3) ($p < 0,05$, teste Qui-quadrado partição).

Os itens 7 e 8 foram incompreendidos por aproximadamente metade da amostra (43,3 e 50%, respectivamente), e o item 4 por quase 1/3 das crianças (33,3%) ($p < 0,05$, teste Qui-quadrado partição), a maioria meninos (46,7%, 60% e 66,7%, respectivamente) ($p < 0,05$, teste Qui-quadrado independência).

Tabela 2 – Distribuição [n (%)] dos escores para cada questão da MCDASf de acordo com o sexo.

Questões	Escore 1 – tranquilo/despreocupado		Escore 2 – um pouco preocupado		Escore 3 – preocupado		Escore 4 – muito preocupado		Escore 5 – muitíssimo preocupado		Escore 6 – não entendi	
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀
1. Ir ao dentista de um modo geral?	9 (60,0)	9 (60,0)	5 (33,3)	3 (20,0)	1 (6,7)	3 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	18 (60,0)^a		8 (26,7)		4 (13,3)		0 (0,0)		0 (0,0)		0 (0,0)	
2. Examinarem os seus dentes?	5 (33,3)	4 (26,7)	4 (26,7)	7 (46,7)	3 (20,0)	2 (13,3)	3 (20,0)	2 (13,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	9 (30,0)		11 (36,7)^a		5 (16,7)		5 (16,7)		0 (0,0)		0 (0,0)	
3. Limparem os seus dentes?	10 (66,7)^c	9 (60,0)^c	2 (13,3)	3 (20,0)	1 (6,7)	2 (13,3)	1 (6,7)	1 (6,7)	1 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	19 (63,3)^a		5 (16,7)		3 (10,0)		2 (6,7)		1 (3,3)		0	
4. Darem uma injeção na gengiva para fazer o seu dente dormir?	1 (6,7)	1 (6,7)	2 (13,3)	2 (13,3)	0 (0,0)	4 (26,7)	1 (6,7)	0 (0,0)	1 (6,7)	8 (53,3)^{b,c}	10 (66,7)^{b,c}	0 (0,0)
	2 (6,7)		4 (13,3)		4 (13,3)		1 (3,3)		9 (30,0)^a		10 (33,3)^a	
5. Usarem a broca (motorzinho) no seu dente?	5 (33,3)	6 (40,0)	5 (33,3)	1 (6,7)	2 (13,3)	3 (20,0)	2 (13,3)	5 (33,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	0 (0,0)
	11 (36,7)^a		6 (20,0)		5 (16,7)		7 (23,3)		0 (0,0)		1 (3,3)	
6. Tirem seu dente?	3 (20,0)	2 (13,3)	1 (6,7)	1 (6,7)	1 (6,7)	2 (13,3)	2 (13,3)	4 (26,7)	8 (53,3)	5 (33,3)	0 (0,0)	1 (6,7)
	5 (16,7)		2 (6,7)		3 (10,0)		6 (20,0)		13 (43,3)^a		1 (3,3)	
7. Darem um remédio para você tomar que o faça dormir durante o tratamento?	5 (33,3)	6 (40,0)	1 (6,7)	1 (6,7)	2 (13,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	0 (0,0)	1 (6,7)	7 (46,7)	6 (40,0)
	11 (36,7)^a		2 (6,7)		2 (6,7)		1 (3,3)		1 (3,3)		13 (43,3)^a	
8. Usarem uma máscara com cheirinho para você relaxar, mas sem dormir?	4 (26,7)	6 (40,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	2 (13,3)	1 (6,7)	0 (0,0)	1 (6,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	9 (60,0)	6 (40,0)
	10 (33,3)^a		1 (3,3)		3 (10,0)		1 (3,3)		0 (0,0)		15 (50,0)^a	

^ap<0,05 (teste Qui-quadrado partição, diferença entre escores para cada item para amostra total)

^bp<0,05 (teste Qui-quadrado independência, diferença entre escores para cada item entre os sexos)

^cp<0,05 (teste Qui-quadrado partição, diferença entre escores para cada item para cada sexo)

A Tabela 3 mostra a análise descritiva dos escores da MCDASf. O escore total variou de 7 a 27 pontos, com média de 23,1 e desvio padrão de 7,3, indicando que a medida detectou variabilidade substancial na percepção das crianças sobre a ansiedade odontológica. Não houve efeito piso (escore = 0) e efeito teto (escore máximo). Com relação às questões, o efeito piso variou de 6,7% a 63,3% das crianças para as questões 4 e 3, respectivamente. O efeito teto foi inexistente para 5 dos 8 itens; e foi observado em 3,3%, 43,3% e 60% dos participantes para as questões 7, 6 e 4, respectivamente.

Tabela 3 – Análise descritiva dos escores da MCDASf e distribuição da amostra para os efeitos piso e teto (n=30).

	Média (\pm DP)	Variação	Efeito piso*		Efeito teto†	
			n	%	n	%
Escala total (5-40)‡	16,9 (5,0)	7-27	0	0,0	0	0,0
Questões (1-5)‡						
Questão 1	1,5 (0,7)	1-3	18	60,0	0	0,0
Questão 2	2,2 (1,1)	1-4	9	30,0	0	0,0
Questão 3	1,7 (1,1)	1-5	19	63,3	0	0,0
Questão 4	4,0 (1,4)	1-5	2	6,7	18	60,0
Questão 5	2,3 (1,2)	1-4	11	36,7	0	0,0
Questão 6	3,7 (1,5)	1-5	5	16,7	13	43,3
Questão 7	1,8 (1,3)	1-5	11	36,7	1	3,3
Questão 8	1,7 (1,0)	1-4	10	33,3	0	0,0

Não foi considerado o escore 6 (não entendi)

* Porcentagem de crianças com escore 0.

† Porcentagem de crianças com escore máximo.

‡ Variação dos valores possíveis.

A Tabela 4 mostra a média do escore total da MCDASf de acordo com as características da população avaliada. Apesar de não significativo, em média, maiores valores de escore total da MCDASf foram observados em crianças de 8 a 10 anos (25,1), do sexo masculino (23,8), com ao menos um irmão (27,3), que já fez tratamento odontológico com comportamento negativo ou indefinido (26,1), com hábitos de escovação 3 ou mais vezes ao dia (23,5), dieta cariogênica (23,6), com associações entre hábitos (roer unhas, sucção digital, morder objetos, ranger ou apertar os dentes) (25,5) e com experiência de cárie dentária em 7 ou mais dentes (25,9) ($p>0,05$, teste ANOVA um critério).

Tabela 4 – Média (\pm DP) do escore total da MCDASf de acordo com as características da amostra em estudo.

Características	N	Média (\pmDP)
Idade		
5 a 7 anos	10	20,9 (8,3)
8 a 10 anos	15	25,1 (7,1)
11 a 13 anos	5	21,6 (5,2)
Sexo		
Masculino	15	23,8 (6,7)
Feminino	15	22,4 (8,1)
Nº de irmãos		
Nenhum	9	20,8 (7,7)
1	6	27,3 (6,0)
2 ou mais	7	24,9 (7,6)
História Odontológica		
Já fez tratamento / comportamento positivo	12	23,1 (7,6)
Já fez tratamento / comportamento negativo ou indefinido	9	26,1 (7,3)
Nunca fez tratamento / comportamento positivo	7	19,3 (7,0)
Hábitos de Escovação		
1 vez/dia	5	22,6 (8,1)
2 vezes/dia	9	21,7 (8,8)
3 ou mais vezes/dia	15	23,5 (6,2)
Dieta		
Cariogênica	27	23,6 (7,5)
Não cariogênica	3	18,7 (1,5)
Hábitos Nocivos		
1 hábito (roer unhas / ranger ou apertar os dentes)	5	18,2 (8,6)
2 hábitos (roer unhas + morder objetos / morder lábios / sucção digital / ranger ou apertar os dentes)	9	24,2 (6,3)
Outras associações (roer unhas, sucção digital, morder objetos, ranger ou apertar os dentes)	6	25,5 (7,3)
Nº de dentes cariados, perdidos e restaurados		
1 a 3 dentes	8	20,5 (8,4)
4 a 6 dentes	9	20,8 (7,5)
7 ou mais	12	25,9 (5,6)

p>0,05 (teste ANOVA um critério)

6 DISCUSSÃO

O presente estudo revelou influência do fator sexo sobre as características comportamentais das crianças perante a experiência odontológica progressiva. Metade da amostra do sexo masculino se comportou de maneira positiva, diferentemente do sexo feminino, a qual apresentou o mesmo comportamento em apenas 2/3 dos participantes.

A idade também pode estar associada aos níveis de ansiedade odontológica. Isso foi confirmado pelo estudo de Mendoza *et al.*⁵⁰, a partir do qual se observou que crianças com idade entre quatro e cinco anos eram mais ansiosas e que uma correlação inversa estatisticamente significativa foi encontrada entre a idade do paciente e o nível de ansiedade, o aumento da idade faz com que as crianças fiquem menos ansiosas. Jain *et al.*² e Abanto *et al.*⁵³ relataram que os escores de comportamento negativo frente ao procedimento odontológico em crianças de três anos era maior em relação à crianças de quatro e cinco anos, o mesmo aconteceu com a ansiedade odontológica. Além disso, Jain *et al.*² concluiu que, crianças com escores mais altos de ansiedade tiveram maiores chances de mostrar um comportamento negativo, e as chances de um comportamento negativo diminuíram com o aumento da idade da criança. Em dados numéricos Alshoraim *et al.*⁴ também mostraram essa relação no seu estudo, na qual o escore de medo odontológico diminuiu 0,62 para cada aumento de idade. Dahlander *et al.*⁶ diagnosticaram que das crianças que relataram medo e ansiedade odontológica aos sete anos de idade, 73% não relataram medo odontológico aos nove anos. Por outro lado, 7% das crianças de nove anos desenvolveram medo odontológico entre sete e nove anos. Já o presente estudo trouxe que as maiores médias da MCDASf se encontravam em crianças com idade mais avançada, de 8 a 10 anos, mas que assim como nos outros estudos o comportamento negativo delas se enquadrava em crianças com maior nível de ansiedade. Folayan *et al.*¹¹ não encontrou diferença estatisticamente significativa entre idade e ansiedade odontológica.

Apesar de não significativo, crianças com um ou mais irmãos apresentaram maiores valores de MCDASf do que os filhos únicos, como reportado no estudo de Wu & Gao.³¹ Adicionalmente, nos estudos de Abanto *et al.*⁵³ e Jain *et al.*², crianças cujas famílias apresentavam maior número de membros e que possuíam irmãos se mostraram mais ansiosas ao tratamento odontológico (FIS).

No presente estudo, aproximadamente metade das crianças reportou escovação dentária 3 vezes por dia, sendo que estas crianças apresentaram, em média, maior escore de MCDASf (apesar de não significativo), do que aquelas com menor frequência de escovação. O mesmo aconteceu no estudo Nicolas *et al.*³⁰ no qual não foram encontradas relação entre saúde bucal e ansiedade odontológica (escala modificada VENHAM) em crianças com ou sem placa dental. Já Folayan *et al.*⁵⁵ concluíram que crianças que relataram maior medo odontológico (CFSS-SF) apresentaram maiores chances de ter boa higiene bucal quando comparadas com as outras crianças.

Segundo Alshoraim *et al.*⁴ crianças com comportamento negativo durante o atendimento odontológico apresentaram maior pontuação de medo odontológico (CFSS-DS) em comparação com aquelas que foram classificadas como tendo comportamento positivo. Assim como no presente estudo em que crianças com comportamento positivo apresentaram, em média, menores escores da MCDASf do que as que tiveram comportamento negativo relatado pelos pais.

Ao analisar os níveis de ansiedade expressos pelas crianças que visitam o consultório odontológico, Mendoza-Mendoza *et al.*⁵⁰ encontraram correlação positiva significativa entre o aumento da ansiedade odontológica (DAS) e o número de visitas anteriores ao consultório em algum tipo de tratamento odontológico, e que pacientes com experiências negativas anteriores apresentaram níveis de ansiedade consistentemente mais elevados do que os demais. No estudo de Cademartori *et al.*,⁵⁶ 100% dos pacientes infantis apresentaram bom comportamento nas primeiras consultas odontológicas quando não foram submetidos a procedimentos invasivos sugerindo que, mesmo familiarizados com o ambiente odontológico, o tipo de procedimento realizado é que vai influenciar no nível de ansiedade odontológica da criança. Ainda, crianças submetidas a procedimentos mais invasivos apresentaram alta prevalência de comportamento negativo, com pico de prevalência de 45% na terceira visita odontológica.⁵⁶ Estes achados também foram observados no presente estudo no qual metade das crianças relatou preocupação quando submetidas aos procedimentos mais invasivos, como a exodontia.

A exodontia e anestesia foram os procedimentos mais temidos pela amostra estudada, sendo reportada muita preocupação em 43,3% (questão 6) e 30% (questão 4) das crianças, respectivamente, isso porque a palavra “examinar

os dentes” na questão 4, pode trazer para a criança uma conotação mais austera e assustadora, diferente da palavra “olhar os dentes”, por exemplo. Dahlander *et al.*⁶ (2019) indicaram a exodontia como um fator de risco para o medo odontológico (CFSS-DS) na população estudada, crianças de sete a nove anos de idade. Utilizando a versão original MCDAS, Wong *et al.*⁴¹ detectaram os procedimentos de anestesia (35% das crianças reportou ficar “muito preocupado” com este procedimento), exodontia (19%) e inalação-sedação (18%) como os principais causadores de ansiedade odontológica em crianças inglesas de oito a 15 anos de idade. Neste estudo, as questões relacionadas à inalação-sedação (itens 7 e 8) foram incompreendidos por aproximadamente metade da amostra, que reflete a falta de conhecimento destes procedimentos na realidade brasileira, dificultando a compreensão bem como a aceitação destas alternativas de tratamento por parte das crianças e dos pais/responsáveis.

Especialmente sobre o procedimento de anestesia, 53,3% das meninas relatou sentir-se “muitíssimo preocupado” ao contrário de 6,7% dos meninos. Similarmente, Majstorovic *et al.*⁴⁹ encontraram, em média, maiores escores de medo odontológico (CFSS-DS) em meninas, as quais apresentaram probabilidade três vezes maior de relatar “muito medo” do que os meninos. Utilizando o mesmo instrumento (CFSS-DS), Alshoraim *et al.*⁴ encontraram pontuação 5,36 vezes maior em meninas do que nos meninos. Carrillo-Diaz *et al.*⁸ confirmaram a diferença significativa em relação ao sexo, na qual o sexo feminino relatou maiores níveis de ansiedade odontológica (MDAS) em comparação ao sexo masculino.

O estudo de Folayan *et al.*⁵⁵ evidenciou que o hábito de sucção não nutritiva é um hábito nocivo comum em crianças, assim como roer as unhas, e pode estar relacionado com o estado de humor. Quando o hábito persiste após os quatro anos de idade, pode representar ansiedade não tratada. Mesmo diante destas evidências, autores relataram que o hábito nocivo de sucção digital não é um preditor significativo para ansiedade odontológica e até mesmo ansiedade geral. Também, no presente estudo, não foi encontrada diferença significativa nos níveis de ansiedade odontológica entre os diferentes tipos de hábitos, porém, em média, maiores valores de MCDASf foram observados em crianças com hábitos de sucção digital, de roer as unhas e de outros, como morder objetos e ranger ou apertar os dentes.

A relação entre ansiedade odontológica e experiência de cárie dentária ainda é controversa na literatura. Enquanto Klingberg *et al.*¹² encontraram maior medo odontológico em crianças com maior experiência de cárie dentária, Alshoraim *et al.*⁴, utilizando o mesmo instrumento (CFSS-DS), não encontraram associação entre CPOD e medo odontológico. Soares *et al.*⁵¹ também não encontraram associação entre ansiedade odontológica (DAQ), CPOD e dor de origem dentária, sugerindo que a maior experiência de cárie dentária, bem como a severidade da doença, não estão diretamente relacionadas com o nível de ansiedade das crianças. Mendoza-Mendoza *et al.*⁵⁰ não encontraram relação entre índice CPOD em diferentes faixas etárias e os níveis de ansiedade das mães e das crianças (DAS). Por outro lado, Soares *et al.*⁵⁴ relataram que o aumento no escore CPOD aumentou o risco de ansiedade odontológica elevada em 1,1 vezes a longo prazo. Nicolas *et al.*³⁰ mostraram que crianças com pelo menos um dente gravemente destruído por cárie eram mais ansiosas (escala modificada VENHAM) comparadas àquelas com dentes saudáveis, corroborando com os achados deste estudo que observou que crianças com 7 ou mais dentes cariados, perdidos ou obturados (índice CPOD) apresentaram, em média, maior escore de MCDASf do que as demais. Portanto, a influência da presença e gravidade das lesões de cárie em relação à ansiedade odontológica deve ser melhor investigada.

Por fim, a comparação entre os achados do presente estudo e as demais pesquisas supracitadas deve ser feita com cautela considerando as diferenças nas faixas etárias, nos aspectos culturais e sociodemográficos das diversas populações avaliadas. Vale ressaltar também as limitações do presente estudo, quanto a natureza transversal e o número limitado da amostra, mostrando a necessidade de realizar novos estudos com amostra representativa e do tipo longitudinal para confirmar ou não os resultados aqui encontrados. Além disso, considerando o aspecto multidimensional da ansiedade, sugere-se a avaliação de outras variáveis como fatores de influência no desenvolvimento da ansiedade odontológica em crianças, tais como letramento em saúde. Estudos clínicos comparando diferentes estratégias de manejo da ansiedade odontológica, bem como para o controle dos fatores influenciadores, também mostram-se necessários para confirmar a relação causal entre as variáveis.

7 CONCLUSÕES

Podemos concluir, que a aplicação da MCDASf permitiu a compreensão dos aspectos da ansiedade envolvidos no tratamento odontológico dos pacientes infantis. Maiores níveis de ansiedade odontológica foram reportados frente aos procedimentos exodontia e anestesia, sendo este último mais temido pelas meninas.

Mostra-se importante que novos estudos, com amostra representativa da população, do tipo longitudinal e clínico, sejam realizados no âmbito dos fatores associados à ansiedade odontológica em crianças, para melhor compreender os resultados encontrados neste estudo piloto, favorecendo a qualidade do cuidado em odontopediatria.

8 REFERÊNCIAS

1. Soares FC, Lima RA, Santos Cda F, de Barros MV, Colares V. Predictors of dental anxiety in Brazilian 5-7years old children. *Compr Psychiatry*. 2016 May;67:46-53.
2. Jain A, Suprabha BS, Shenoy R, Rao A. Association of temperament with dental anxiety and behaviour of the preschool child during the initial dental visit. *Eur J Oral Sci*. 2019 Apr;127(2):147-155.
3. Folayan MO, Idehen EE, Ojo OO. The modulating effect of culture on the expression of dental anxiety in children: a literature review. *Int J Paediatr Dent* 2004; 14: 241–245.
4. Alshoraim MA, El-Housseiny AA, Farsi NM, Felemban OM, Alamoudi NM, Alandejani AA. Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2018 Mar 7;18(1):33.
5. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent*. 2007; 17(6):391-406.
6. Dahlander A, Soares F, Grindefjord M, Dahllöf G. Factors Associated with Dental Fear and Anxiety in Children Aged 7 to 9 Years. *Dent J (Basel)*. 2019 Jul 1;7(3). pii: E68.
7. Beaudette, J., Fritz, P., Sullivan, P., Ward, W. Oral Health, Nutritional Choices, and Dental Fear and Anxiety. *Dent. J*. 2017, 5, 8.
8. Carrillo-Díaz M, Crego A, Armfield JM, Romero M. Self-assessed oral health, cognitive vulnerability and dental anxiety in children: testing a mediational model. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012 Feb;40(1):8-16.
9. Klaassen MA, Veerkamp JS, Hoogstraten J. Changes in children's dental fear: a longitudinal study. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9: 29–35.
10. Gustafsson A, Broberg A, Bodin L, Berggren U, Arnrup K. Dental behaviour management problems: the role of child personal characteristics. *Int J Paediatr Dent* 2010; 20: 242–253.
11. Folayan MO, Idehen EE, Ufomata D. The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian hospital. *Int J Paediatr Dent*. 2003 Jan;13(1):20-6.

12. Klingberg G. Dental fear and behavior management problems in children. A study of measurement, prevalence, concomitant factors, and clinical effects. *Swed Dent J Suppl.* 1995;103:1-78.
13. Corkey B, Freman R. Predictors of dental anxiety in six year old children: findings of a pilot study. *J Dent Child* 1988; 55: 231–236.
14. Cuthbert MI, Melamed BG. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *ASDC J Dent Child* 1982; 48: 432–436.
15. Hmud R, Walsh LJ. Dental anxiety: causes, complications and management approaches. *J Minim Interv Dent.* 2009;2:67–78.
16. Doerr PA, Lang WP, Nyquist LV, Ronis DL. Factors associated with dental anxiety. *J Am Dent Assoc.* 1998;129(8):1111-9.
17. Eitner S, Wichmann M, Paulsen A, Holst S. Dental anxiety – an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *J Oral Rehabil.* 2006;33(8):588-93.
18. Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Commun Dent Oral Epidemiol.* 2003;31:144-51.
19. Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dent Assoc.* 1988;116:641-7.
20. Woolgrove J, Cumberbatch G. Dental anxiety and regularity of dental attendance. *J Dent.* 1986;14(5):209-13.
21. Hawamdeh S, Awad M. Dental anxiety: prevalence and associated factors. *Eur J Gen Dent.* 2013; 2: 2703.
22. Berggren U, Carlsson SG. Psychometric measures of dental fear. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984;12:319-24.
23. Rantavuori K, Zerman N, Ferro R, Lahti S. Relationship between children's first dental visit and their dental anxiety in the Veneto Region of Italy. *Acta Odontol Scand.* 2002 Oct;60(5):297-300.
24. Locker D, Liddell A, Dempster L, Shapiro D. Age onset of dental anxiety. *J Dent Res* 1999;78:790–6.
25. Kent G. Memory of dental pain. *Pain* 1985;21:187 –94
26. Johnson R, Baldwin DC Jr. Maternal anxiety and child behaviour. *J Dent Child* 1969;36:87–92.

27. Tuutti H, Lahti S. Oral health status of children in relation to the dental anxiety of their parents. *J Pedod* 1987;11:146–50.
28. Folayan MO, Klingberg G, Aghanwa A, Idehen E. Aetiology of dental anxiety in children: a review of the literature. *Niger J Med* 2001; 10: 106–111.
29. Rantavuori K, Lahti S, Hausen H, Seppä L, Karkkainen S. Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontol Scand* 2004; 62: 207–213.
30. Nicolas E, Bessadet M, Collado V, Carrasco P, Rogerleroi V, Hennequin M. Factors affecting dental fear in French children aged 5–12 years. *Int J Pediatr Dent* 2010;20:366–73.
31. Wu L, Gao X. Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors. *BMC Oral Health*. 2018 Jun 4;18(1):100.
32. Rantavuori K, Tolvanen M, Hausen H, Lahti S, Seppä L. Factors associated with different measures of dental fear among children at different ages. *J Dent Child (Chic)*. 2009;76:13–9.
33. Peretz B, Nazarian Y, Bimstein E. Dental anxiety in a students' paediatric dental clinic: children, parents and students. *Int J Paediatr Dent*. 2004;14:192–8.
34. Klinberg G. Dental anxiety and behaviour management problems in paediatric dentistry – a review of background factors and diagnostics. *Eur Arch Paediatr Dent* 2008; 9: 11–15.
35. Venham LL, Gaulin-Kremer E. A self-report measure of situational anxiety for young children. *Pediatr Dent*. 1979 Jun;1(2):91-6.
36. Ramos-Jorge ML, Pordeus IA. Por que e como medir a ansiedade infantil no ambiente odontológico. Apresentação do teste VPT modificado. *JBP Ver Ibero-am Odontopediatr Odontolo Bebê* 2004;7:282-90.
37. Furlan NF, Gavião MB, Barbosa TS, Nicolau J, Castelo PM. Salivary cortisol, alpha-amylase and heart rate variation in response to dental treatment in children. *J Clin Pediatr Dent*. 2012;37(1):83-7.
38. Salas Huamani JR, Barbosa TS, de Freitas CN, de Sousa KG, Gavião MBD, Leal SC, Mialhe FL, Castelo PM. Assessment of anxiety and stress markers in children submitted to educational strategies and ART-restoration: A randomized clinical trial. *Arch Oral Biol*. 2019 Jan;97:191-197.
39. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc* 1978;97:816-19.

40. 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.
41. Wong HM, Humphris GM, Lee GT. Preliminary validation and reliability of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Psychological Reports*. 1998, Dec;83(3 Pt 2):1179-86.
42. Howard KE, Freeman R. Reliability and validity of a faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale. *Int J Paediatr Dent*. 2007 Jul;17(4):281-8.
43. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent* 2007; 17(6):391-406.
44. Shim YS, Kim AH, Jeon EY, An SY. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *J Dent Anesth Pain Med*. 2015; 15: 53-61.
45. Hawamdeh S, Awad M. Dental anxiety: prevalence and associated factors. *Eur J Gen Dent*. 2013; 2: 2703.
46. Milsom KM, Tickle M, Humphris GM, Blinkhorn AS. The relationship between anxiety and dental treatment experience in 5-year-old children. *Br Dent J*. 2003 May 10;194(9):503-6.
47. Nuttall NM, Gilbert A, Morris J. Children's dental anxiety in the United Kingdom in 2003. *J Dent*. 2008 Nov;36(11):857-60.
48. Tickle M, Jones C, Buchannan 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 Jul;19(4):225-32.
49. Majstorovic M, Morse DE, Do D, Lim LI, Herman NG, Moursi AM. Indicators of dental anxiety in children just prior to treatment. *J Clin Pediatr Dent*. 2014;39(1):12-7.
50. Mendoza-Mendoza A, Perea MB, Yañez-Vico RM, IglesiasLinares A. Dental fear in children: the role of previous negative dental experiences. *Clin Oral Investig* 2015; 19:745-51.
51. Soares FC, Souto G, Lofrano M, Colares V. Anxiety related to dental care in children and adolescents in a low-income Brazilian community. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2015 Apr;16(2):149-52.

52. Soares FC, Lima RA, Santos Cda F, de Barros MVG, Colares V. Predictors of dental anxiety in Brazilian 5–7 years old children. *Compr Psychiatry*. 2016;67:46–53.
53. Abanto J, Vidigal EA, Carvalho TS, Sá SN, Bönecker M. Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. *Braz Oral Res*. 2017 Jan 16;31:e13.
54. Soares FC, Lima RA, de Barros MVG, Dahllöf G, Colares V. Development of dental anxiety in schoolchildren: A 2-year prospective study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017 Jun;45(3):281-288.
55. Folayan MO, Kolawole KA, Onyejaka NK, Agbaje HO, Chukwumah NM, Oyedele TA. General anxiety, dental anxiety, digit sucking, caries and oral hygiene status of children resident in a semi-urban population in Nigeria. *BMC Oral Health*. 2018 Apr 20;18(1):66.
56. Cademartori MG, Costa VPP, Corrêa MB, Goettems ML. The influence of clinical and psychosocial characteristics on children behaviour during sequential dental visits: a longitudinal prospective assessment. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2019 May 7.
57. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993;46:1417-32.

ANEXOS

ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa

UFPEL - FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Tradução e validação da versão de faces do instrumento Modified Child Dental Anxiety Scale para o Português Brasileiro

Pesquisador: Marília Leão Goettems

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87773718.1.0000.5318

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas/ FO-UFPEL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.791.948

Apresentação do Projeto:

Este projeto tem como objetivo validar uma versão brasileira da MCDASf, após tradução e adaptação transcultural para o português.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos desse trabalho serão traduzir, realizar a adaptação cultural e validar a escala MCDASf para o Português Brasileiro.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos da mensuração do nível de ansiedade através de auto-relato são mínimos. As crianças estarão em tratamento odontológico de rotina na clínica e sujeitas aos riscos inerentes ao tratamento.

Benefícios: Os benefícios da pesquisa são indiretos. A validação de um instrumento de auto-relato para crianças sobre ansiedade ao tratamento odontológico permitirá seu uso em ambiente clínico e em pesquisa, melhorando a compreensão sobre a percepção infantil do tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As correções sugeridas foram acatadas pelos pesquisadores.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados de forma adequada.

Endereço: Rua Gonçalves Chaves, 457

Bairro: Centro

CEP: 96.015-560

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3222-4439

Fax: (53)3222-4439

E-mail: cep.fop@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.791.948

Recomendações:

Projeto aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1102981.pdf	12/07/2018 14:56:46		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoparaCEPmcdasrevisado.doc	12/07/2018 14:56:10	Marília Leão Goettems	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	RespostaCEP.doc	12/07/2018 14:55:34	Marília Leão Goettems	Aceito
Folha de Rosto	folharosto.pdf	05/04/2018 10:39:02	Marília Leão Goettems	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	04/04/2018 12:18:42	Marília Leão Goettems	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimento.docx	04/04/2018 12:18:30	Marília Leão Goettems	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 31 de Julho de 2018

Assinado por:
Fernanda G Pappen
(Coordenador)

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Federal de Juiz de Fora
Campus Governador Valadares
Instituto de Ciências da Vida
Departamento de Odontologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Taís de Souza Barbosa

Prezados Pais ou Responsáveis,

Alguns professores do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora/Campus Governador Valadares (UFJF/GV) e da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) estão desenvolvendo o projeto denominado “**Tradução e validação da versão de faces do instrumento *Modified Child Dental Anxiety Scale* para o Português Brasileiro**”, que tem como objetivo elaborar e testar a versão brasileira de um instrumento, já utilizado em outros países, para avaliar o nível de ansiedade de crianças ao tratamento odontológico, de forma auto relatada.

Solicitamos sua autorização para que seu (sua) filho (a) responda a algumas perguntas que compõem o instrumento. Além disso, durante o atendimento da criança na clínica, serão feitas anotações sobre o seu comportamento, usando um instrumento específico para isso. Quando este trabalho for apresentado para outras pessoas, elas não saberão seu nome e o do (a) seu (sua) filho (a). Caso não aceite, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento recebido pela criança.

Como forma de manifestar seu consentimento, **pedimos que assine o documento ao lado.**

Contato: Profa. Taís de Souza Barbosa
Departamento de Odontologia
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares
Telefone: (33) 33011000 (ramal 1580)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Pesquisadora responsável: Profa. Dra. Taís de Souza Barbosa

Alguns professores do Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Juiz de Fora/Campus Governador Valadares (UFJF/GV) e da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) estão desenvolvendo o projeto denominado “Tradução e validação da versão de faces do instrumento *Modified Child Dental Anxiety Scale* para o Português Brasileiro”, que tem como objetivo elaborar e testar a versão brasileira de um instrumento, já utilizado em outros países, para avaliar o nível de ansiedade de crianças ao tratamento odontológico, de forma auto relatada.

Solicitamos sua autorização para que seu (sua) filho (a) responda a algumas perguntas que compõem o instrumento. Além disso, durante o atendimento da criança na clínica, serão feitas anotações sobre o seu comportamento, usando um instrumento específico para isso. Quando este trabalho for apresentado para outras pessoas, elas não saberão seu nome e o do (a) seu (sua) filho (a). Caso não aceite, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento recebido pela criança.

Contato: Profa. Taís de Souza Barbosa

Departamento de Odontologia
Universidade Federal de Juiz de Fora, Campus Governador Valadares
Telefone: (33) 33011000 (ramal 1580)

Recebi as explicações sobre o estudo registradas neste Termo de Consentimento.

Como responsável por _____
autorizo a sua participação na pesquisa “*Tradução e validação da versão de faces do instrumento Modified Child Dental Anxiety Scale para o Português Brasileiro*”.

Nome do responsável

Documento

Assinatura

Data

ANEXO C – Prontuário Odontológico

PRONTUÁRIO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM CLÍNICA INTEGRADA INFANTIL

1- DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

Nome: _____
Apelido (como gosta de ser chamado(a)): _____ Idade: ____ anos
Data de nascimento: ____/____/____
Naturalidade _____ Nacionalidade: _____ SExo: masculino feminino
Nome do pai: _____
Nome da mãe: _____
Endereço Residencial: _____ nº
____ Bairro: _____ Cidade: _____
CEP: _____ - _____ Tel contato : () _____ () _____
Responsável pela criança: _____
Grau/parentesco: _____

2- HISTÓRIA ODONTOLÓGICA

Já foi ao dentista? sim não Idade da 1º visita: ____ Motivo: _____
Realizou tratamento? sim não Concluiu o tratamento? sim não
Por quê? _____
Tomou anestesia? sim não não sei Possui alguma reação: sim não
Qual: _____
Já teve algum trauma na face/boca/dentes? sim não não sei
Qual o local/dente? _____ Quando? _____
Tratamento: _____
Comportamento frente à situação odontológica passada: negativo positivo
 indefinido

3- HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

Quem escova os dentes da criança? criança pais ambos outro: ____ Quantas vezes ao dia? _____
Usa fio dental: sim não Quantas vezes ao dia ou semana? _____
Assinale a quantidade de pasta colocada na escova:
Qual pasta utiliza? _____



Bochechos com flúor? sim não FreqUência: _____
Qual bochecho utiliza? _____

4- HÁBITOS ALIMENTARES

Possui restrição a algum alimento: sim não não sei
Qual: _____

Amamentação materna: sim não

Até qual idade? _____

diurna/frequência: _____ noturna/frequência: _____

Mamadeira: sim não Até qual idade? _____

diurna/frequência: _____ noturna/frequência: _____

Conteúdo da mamadeira: _____

Faz uso dos alimentos descritos abaixo? .Quantas vezes?

(D-diariamente/ S- 2 a 3 x por semana/ FN- finais de semana/ E- eventualmente)

() balas () chicletes () chocolates () refrigerante () biscoito ()
salgadinho

5- HÁBITOS NOCIVOS

Possui ou possui o hábito de:

chupeta dedo morder objetos morder lábios roer unhas

postura ranger ou apertar os dentes outros _____

Desde quando ou por quanto tempo?

O hábito é realizado () durante o dia () à noite () ambos

6- Odontograma

Dente	Exame	Dente	Exame
11 51		31 71	
12 52		32 72	
13 53		33 73	
14 54		34 74	
15 55		35 75	
16		36	
17		37	
21 61		41 81	
22 62		42 82	
23 63		43 83	
24 64		44 84	
25 65		45 85	
26		46	
27		47	

Data: ___/___/___

Obs:

TERMO DE CONSENTIMENTO E AUTORIZAÇÃO DE ATENDIMENTO

Por este instrumento de autorização por mim assinado, dou pleno consentimento ao DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – CAMPUS GOVERNADOR VALADARES, para, por meio de seus professores e alunos devidamente autorizados, após exames clínicos realizados e conseqüentemente diagnóstico, realizarem o planejamento e o tratamento odontológico de meu (minha) filho (a), de acordo com os conhecimentos enquadrados no campo da Especialidade em Odontopediatria e/ou Ortodontia, pois entendi claramente a proposta e as técnicas que serão utilizadas e todas as minhas perguntas foram esclarecidas. Serei informado (a) e devidamente esclarecido (a) sobre quaisquer mudanças e/ou finalidades de cada etapa do tratamento proposto.

Declaro que respondi corretamente todos os questionamentos relativos à saúde de meu (minha) filho (a) não omitindo nenhuma informação, o que possibilitou o correto diagnóstico e conseqüentemente tratamento.

Tenho pleno conhecimento que esta clínica e laboratórios, aos quais meu (minha) filho (a) se submete para fins de diagnóstico e/ou tratamento, tem como principal objetivo a instrução e demonstração destinados a profissionais da área de saúde, e que o atendimento Odontológico se realiza pelos alunos devidamente orientados por seus professores. Concordo, pois, com toda orientação seguida, quer para fins didáticos, de diagnóstico e/ou tratamento que respeita os princípios éticos e científicos concernentes à Odontologia e comprometo-me a acompanhar e seguir as recomendações e prescrições que me forem passadas. Tenho pleno conhecimento de que durante o período de tratamento, meu (minha) filho (a) por ser menor de idade, deverá estar acompanhado por um responsável legal, maior de idade, preferencialmente o pai e/ou a mãe.

Tenho pleno conhecimento de que meu (minha) filho (a) poderá não ser atendido (a) em todas as suas necessidades de tratamento odontológico, devido à complexidade do caso ou mesmo ausência de vagas disponíveis para atendimento indicado.

Tenho pleno conhecimento do tratamento a ser recebido pelo meu/minha filho/a e concordo plenamente com a programação de atendimento proposta. Recebi todas as informações necessárias para autorizá-lo estou ciente que possuo direito de solicitar informações adicionais sobre o seu tratamento.

Tenho pleno conhecimento da possível necessidade de utilização de contenção física para a proteção de meu (minha) filho (a), assim como a utilização de abridores de boca e inclusive com a solicitação de minha ajuda nestas manobras.

Concordo plenamente também, que todas as radiografias, fotografias, modelos dos arcos dentários, históricos de antecedentes familiares, resultados de exames clínicos e de laboratório, e quaisquer outras informações concernentes ao diagnóstico, planejamento e/ou tratamento, constituem propriedade exclusiva desta Universidade, a qual dou pleno direito de retenção, uso para quaisquer fins de ensino e pesquisa, além de sua divulgação em jornais e revistas científicas do país e exterior, respeitando os princípios éticos e legais vigentes, tendo-me sido assegurado a preservação e resguardo da identidade de meu (minha) filho (a).

Governador Valadares, _____ de _____ de 20____.

Nome do responsável: _____

Assinatura do Responsável: _____

Nome do (s) aluno (s): _____

Assinatura do professor (res): _____

ANEXO D – Questionário de ansiedade odontológica

Versão de faces da Escala Modificada de Ansiedade Odontológica Infantil (MCDASf)

Nome: _____ sexo: (0) masc (1) fem / idade: ____ anos

Nas próximas oito perguntas, eu gostaria que você me mostrasse o quanto você fica **tranquilo** ou **preocupado** sobre o dentista e sobre o que acontece no consultório do dentista. Para me mostrar o quão tranquilo ou preocupado você se sente, use a escala abaixo. A escala é como uma régua, que vai de 1 a 5, onde 1 quer dizer que você se sente ou sentiria **tranquilo** e 5 quer dizer que você se sente ou sentiria **preocupado**.

1 – significa: **tranquilo/despreocupado**

2 – significa: **um pouco preocupado**

3 – significa: **preocupado**

4 – significa: **muito preocupado**

5 – significa: **muitíssimo preocupado**

Como você se sente sobre:	 1	 2	 3	 4	 5
1 - Ir ao dentista de um modo geral?	1	2	3	4	5
2 - Examinarem os seus dentes?	1	2	3	4	5
3 - Limparem os seus dentes?	1	2	3	4	5
4 - Darem uma injeção na gengiva para fazer o seu dente dormir?	1	2	3	4	5
5 - Usarem a broca (motorzinho) no seu dente?	1	2	3	4	5
6 - Tirarem seu dente?	1	2	3	4	5
7 - Darem um remédio para você tomar que o faça dormir durante o tratamento?	1	2	3	4	5
8 - Usarem uma máscara com cheirinho para você relaxar, mas sem dormir?	1	2	3	4	5

APÊNDICES

APÊNDICE A – Resumo Revisão Bibliográfica

Ref.	TÍTULO	PRIMEIRO AUTOR	ANO	TIPO DE ESTUDO
12	Child dental fear: cause-related factors and clinical effects	Klingberg G	1995	Transversal
11	The effect of sociodemographic factors on dental anxiety in children seen in a suburban Nigerian hospital	Folayan MO	2003	Transversal
30	Factors affecting dental fear in French children aged 5–12 years	Nicolas E	2010	Transversal
8	The influence of gender on the relationship between dental anxiety and oral health-related emotional well-being	Carrillo-Diaz M	2012	Transversal
49	Indicators of Dental Anxiety in Children Just Prior to Treatment	Majstorovic M	2014	Transversal
50	Dental fear in children: the role of previous negative dental experiences	Mendoza-Mendoza A	2014	Coorte prospectivo
51	Anxiety related to dental care in children and adolescents in a low income Brazilian community	Soares FC	2014	Transversal
52	Predictors of dental anxiety in Brazilian 5–7 years old children	Soares FC	2016	Longitudinal
53	Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries	Abanto J	2017	Transversal
54	Development of dental anxiety in schoolchildren: A 2-year prospective study	Soares FC	2017	Longitudinal
4	Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study	Alshoraim MA	2018	Transversal
31	Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors	Wu L	2018	Transversal
55	General anxiety, dental anxiety, digit sucking, caries and oral hygiene status of children resident in a semi-urban population in Nigeria	Folayan MO	2018	Transversal
56	The influence of clinical and psychosocial characteristics on children behaviour during sequential dental visits: a longitudinal prospective assessment	Cademartori MG	2019	Longitudinal
2	Association of temperament with dental anxiety and behaviour of the preschool child during the initial dental visit	Jain A	2019	Transversal
6	Factors Associated with Dental Fear and Anxiety in Children Aged 7 to 9 Years	Dahlander A	2019	Longitudinal

Ref .	AMOSTRA /PAÍS	FAIXA ETÁRIA	QUESTIONÁRIO	OBJETIVOS
12	3204 Suécia	4-6, 9-11 anos	CFSS-DS, DAS, CFSS-SF	Avaliar a relação entre medo odontológico e os impactos resultantes deste fenômeno durante as consultas odontológicas em crianças.
11	81 Nigéria	8-13 anos	DFSS-SF	Avaliar a relação entre medo odontológico em crianças e aspectos sociodemográficos.
30	1303 França	5-11 anos	DF-VAS	Avaliar a relação entre ansiedade odontológica e história pregressa.
8	161 Espanha	7-14 anos	MDAS	Avaliar a relação entre sexo, medo e/ou ansiedade odontológica, bem-estar emocional e saúde bucal em crianças.
49	118 Estados Unidos	6-14 anos	CFSS-DS, MDAS	Avaliar a relação do medo odontológico de crianças no tratamento odontológico com características paternas e da sua infância.
50	303 Espanha	3-12 anos	FACES, DAS	Avaliar a relação da ansiedade das crianças e a idade, ansiedade dos pais e a influência de experiências negativas anteriores.
51	101 Brasil	6-16 anos	DAQ	Mensurar a prevalência de ansiedade odontológica relacionada com o tratamento odontológico e os fatores relacionados.
52	100 Brasil	3-5 anos	FIS	Avaliar a ansiedade odontológica relacionada com idade e saúde bucal.
53	784 Brasil	5-7 anos	DAQ	Analisar os preditores da ansiedade odontológica no período de 2 anos.
54	417 Brasil	5-7 anos	DAQ	Avaliar os fatores associados ao desenvolvimento de ansiedade odontológica.
4	1522 Arabia Saudita	12-15 anos	CFSS-DS	Avaliar a relação de medo odontológico com o histórico de exposição ao dentista.
31	405 Hong Kong	9-13 anos	CFSS-DS, CDAS	Avaliar o medo e ansiedade odontológica e fatores relacionados com a família.
55	450 Nigéria	6-12 anos	RCMAS, CFSS-DS	Determinar se a sucção digital é um preditor da ansiedade geral e ansiedade odontológica e se estas estão associadas à experiência de cárie e à qualidade da higiene bucal.
56	111 Brasil	7-12 anos	MDAS, DAQ	Investigar quais fatores interferem diretamente no comportamento das crianças durante as consultas odontológicas.
2	100 Índia	3 e 5 anos	FIS	Investigar se existe uma associação entre características de temperamento de crianças em idade pré-escolar, ansiedade odontológica e seu comportamento durante o tratamento odontológico.
6	160 Suécia	7-9 anos	CFSS-DS	Verificar os fatores associados ao medo odontológico em crianças.