

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

EVELYN BRAUHARDT SOARES

MEDO E ANSIEDADE FRENTE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO: UMA
PROPOSTA DE FICHA CLÍNICA PARA REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE
PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS

CURITIBA
2019

EVELYN BRAUHARDT SOARES

MEDO E ANSIEDADE FRENTE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO: UMA
PROPOSTA DE FICHA CLÍNICA PARA REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE
PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS

Monografia apresentada como requisito parcial à
obtenção de título de Especialista, Curso de
Especialização em Odontopediatria, Setor Ciências
de Saúde, Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. José Vitor Nogara Borges de
Menezes

CURITIBA
2019

RESUMO

O Brasil tem uma das maiores taxas de transtorno de ansiedade do mundo, sendo considerada um problema de saúde pública. No ambiente odontológico, pacientes com altos níveis de ansiedade podem dificultar o atendimento clínico odontopediátrico e tornar a prática profissional mais estressante. Por isso, o conhecimento do paciente como um todo ajuda o Odontopediatra a identificar a técnica de manejo de comportamento mais adequada para o sucesso no atendimento, de acordo com o perfil da criança e de seus pais/responsáveis. Esse trabalho teve por objetivo apresentar uma proposta de uma ficha de acompanhamento de comportamento e diagnóstico dos níveis de medo e ansiedade. A partir da revisão de literatura foram identificados os instrumentos mais utilizados para avaliar medo, ansiedade odontológica e dor. Sugere-se neste presente estudo apenas os instrumentos traduzidos para o idioma português do Brasil e validados. São eles: VPT(Venham Picture Test), DAS(Dental Anxiety Scale), DAQ(Dental Anxiety Question), FLACC(Faces, Legs, Activity, Cry, Consolability), FIS(Faces Image Scale) e Frankl. Pode-se concluir que a utilização destes instrumentos pode oferecer subsídios para a definição de técnicas de manejo adequado para cada perfil de paciente, tornando o atendimento mais tranquilo para o profissional e para a criança.

Palavras chave: Ansiedade, medo, Odontopediatria.

ABSTRACT

Brazil has the highest rate of anxiety disorder in the world, considered a public health problem. In the dental environment patients with high levels of anxiety can hinder dental clinical care and make professional practice more stressful. Therefore, the knowledge of the patient as a whole helps Pediatric dentistry identify the technique of behavior management more appropriate for success in care, according to the child's profile. This study aimed to present a proposal for a form of behavior follow-up and diagnosis of levels of fear and anxiety. From the literature review, the most used instruments were identified to evaluate fear, dental anxiety and pain. This study suggests the validated instruments are: VPT(Come Picture Test), DAS (Dental Anxiety Scale), DAQ (Dental Anxiety Question), FLACC (Faces, Legs, Activity, Cry, Consolability), FIS (Faces Image Scale) and Frankl. It can be concluded that the use of these instruments contains information that can offer subsidies for the definition of appropriate management techniques of each patient profile, making the care more peaceful for the professional and the patient.

Keywords: Anxiety, fear, Pediatric Dentistry

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	11
2.1. DISCUSSÃO.....	14
2.2. FICHA DE ACOMPANHAMENTO ODONTOPEDIÁTRICO.....	16
3. CONCLUSÕES.....	18
REFERÊNCIAS.....	19
ANEXOS.....	24

1. Introdução

O medo é um estado gerado pela presença real de um objeto ou situação ameaçadora, ele é ativado pela situação atual, não antecedente (SINGH, 2000). Diferente do estado de ansiedade, que pode ser definido como uma resposta a situações na qual a fonte de ameaça ao indivíduo ainda não está bem definida, é ambígua ou não se encontra objetivamente presente (SCHULLER et al., 2003).

Na área da saúde, a ansiedade é a angústia que costuma acompanhar diversas doenças, principalmente as neuroses. Nem sempre é patológica, pois é uma emoção comum como o medo, a ira ou felicidade. A ansiedade desempenha uma função essencial, estando associada à sobrevivência.

A associação entre essas alterações orgânicas pode trazer diversas manifestações, como apreensão, tensão, nervosismo ou preocupação relativa às consultas odontológicas (FOLAYAN, IDEHEN E OJO 2004 e FERREIRA et al., 2004)

Existem agentes externos que provocam ansiedade, mas os deflagradores internos (lembranças de experiências anteriores, ideias, fantasias pessoais) e o grau de intensidade destes é que vão determinar a reação de ansiedade, que pode ser manifestada por um estado de inquietação inicial que vai aumentando progressivamente. Em geral, a reação de ansiedade vem acompanhada de uma sensação de perigo iminente, que parece ameaçar a segurança do indivíduo junto de sentimentos de desassossego, tensão ou medo (MARQUES, 2010).

A ansiedade pode anteceder uma situação de estresse como no ambiente odontológico. O grau dessas alterações é influenciado por fatores cognitivos, comportamentais e fisiológicos. A genética também tem influência em estímulos estressores e ansiedade. O organismo busca percepções para que sua capacidade de resposta seja rápida e vigorosa diante dos estímulos externos, manifestando sinais clínicos, sejam de prazer ou desprazer. O estresse é considerado pela medicina e pela biologia como um esforço de adaptação realizado pelo organismo para enfrentar situações consideradas ameaçadoras à vida e a seu equilíbrio (TAMBELINI et al., 2003)

Pacientes odontopediátricos ansiosos costumam ver o ambiente odontológico como uma situação potencialmente geradora de estresse e ansiedade. Muitos associam com sofrimento e dor, preparando o organismo para uma possível situação de enfrentamento ou fuga. Esses pacientes, quando no atendimento odontológico, se apresentam como não-colaboradores ao atendimento, faltando frequentemente às consultas de rotinas e se expressando com choro, resistência, falta de interação entre profissional-paciente-responsável, apreensão, agitação, preocupação e angústia, suor, respiração ofegante, movimentos espasmódicos, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca dificultando o atendimento odontológico, que pode se tornar cansativo tanto para o paciente quanto para o profissional (FERREIRA, 2004).

A ansiedade e estresse dos pais também podem influenciar o comportamento dos seus filhos. Pais que tem medo, estresse e ansiedade em ambiente odontológico afetam diretamente a emoção e comportamento da criança (ASSUNÇÃO et al., 2013). Entretanto, pais que não sofrem com tais emoções influenciam positivamente seus filhos no acompanhamento odontológico. Uma vez que as mães são consideradas como modelos primários, responsáveis pela transmissão de comportamentos relacionados à saúde (COSTA, 2017). O grau de escolaridade dos responsáveis também pode influenciar diretamente o nível de ansiedade (SOARES et al., 2015 (a)). A ansiedade dental é mais presente em crianças mais novas com histórico de poucas visitas ao dentista, com mais experiências de quadros dolorosos e cujos pais são ansiosos. (SOARES et al., 2015 (a)).

Essa ansiedade pode ser passada ao profissional nessas situações, e a necessidade do conhecimento do cirurgião dentista em diagnosticar precocemente pacientes que se apresentam altamente ansiosos ou estressados diante do tratamento odontológico colabora para a definição de estratégias adequadas para abordá-los de forma individualizada e mais eficiente (SOARES et al., 2015 (b)).

O medo e a ansiedade podem ser mensurados através de sinais clínicos, porém eles por si só não são suficientes (BARASUOL et al., 2015). Associar medidas objetivas e subjetivas pode oferecer um diagnóstico mais adequado dos níveis das alterações presentes na criança/responsável no ambiente odontopediátrico. Dentre as medidas

objetivas temos os sinais clínicos, como frequência cardíaca, pressão arterial e concentração de cortisol na saliva, que podem ser alteradas frente a um estado de ansiedade e medo (GUINOT JIMENO et al., 2011). As medidas subjetivas, que são a proposta do presente trabalho, apresentam-se em forma de instrumentos ou escalas em que o medo e a ansiedade do paciente e dos pais naquele momento pode ser quantificado e qualificado.

É importante que o instrumento utilizado seja traduzido e validado para o idioma português do Brasil e adequado para a idade cronológica e capacidade cognitiva do paciente, visto que o odontopediatra pode atender desde bebês até adolescentes. A união das medidas objetivas e subjetivas pode oferecer um correto diagnóstico do paciente/pais para que cada criança e seu núcleo familiar possam receber um atendimento individualizado e mais humanizado (LIN et al., 2017).

O registro dos níveis de ansiedade odontológica dos pais/responsáveis e da criança, prévio ao início do tratamento odontopediátrico, pode servir como ferramenta para a definição de estratégias de manejo comportamental que visem o trabalho clínico menos estressante, tanto para os pais como para os profissionais. Da mesma forma, o registro do comportamento da criança ao longo de todo tratamento pode mostrar como ocorreu a evolução comportamental e se as técnicas de manejo empregadas se mostraram eficientes ou não (ASSUNÇÃO et al., 2013; SOARES et al., 2014).

Este trabalho tem como objetivo principal, por meio de uma revisão da literatura, propor uma ficha de registro clínico de indicadores dos níveis de medo e ansiedade frente ao atendimento odontopediátrico e da evolução desses níveis durante as consultas, que possa ser utilizada pelos profissionais e estudantes de Odontopediatria como ferramenta auxiliar para a definição de estratégias de manejo de comportamento da criança.

2. Revisão de literatura

A Dental Anxiety Scale (DAS) ou escala de Corah foi desenvolvida para ser aplicada em adultos maiores de 18 anos de idade, já tendo sido traduzida e validada para o idioma português do Brasil (Hu et al., 2007). Levando-se em consideração o fato de que as crianças cujos pais/responsáveis apresentam maiores níveis de ansiedade odontológica tendem a ser mais ansiosas durante o atendimento odontopediátrico (Assunção et al., 2013), a DAS pode ser utilizada pelo profissional para que essa associação possa ser feita e, a partir da definição do nível de AO dos pais, o das crianças possa ser também estimado e auxiliie na definição de estratégias de abordagem comportamental mais adequadas.

A escala é composta por quatro perguntas com respostas de múltipla escolha que abordam as possíveis reações subjetivas do paciente ao ir ao dentista, aguardar o atendimento na sala de espera, durante a utilização de brocas e sondagem nos dentes. Cada uma das 5 possíveis respostas recebe um escore que varia de 1 a 5, que vai desde calmo (escore 1) até extremamente ansioso (escore 5). Para melhor definição dos níveis de AO os escores da escala foram categorizados em muito pouco ansiosos (escore menor que 5), levemente ansiosos (escore entre 6 e 10), moderadamente ansiosos (escore entre 11 e 15) e extremamente ansiosos (escore maior que 15) (Carvalho et al, 2012). (Anexo 1)

Esse instrumento tem sido amplamente utilizado em estudos tanto no Brasil (Macedo et al., 2011; Carvalho et al., 2012; Assunção et al., 2013; Barasuol et al., 2017) quanto em outras partes do mundo (Hosseini, 2013; Sadi et al., 2013)

Na definição dos níveis de AO de crianças, os instrumentos utilizados devem estar adaptados a diferentes faixas etárias em função dos diferentes níveis cognitivos que as crianças podem apresentar. As escalas que apresentam maior facilidade de aplicação, ou seja, indicada para crianças com menor nível cognitivo, são as que se baseiam em imagens, como a Faces Image Scale (FIS), validada para abordar a AO infantil em um contexto clínico (Buchanan, Niven, 2002) e a Venham Picture Test (VPT), desenvolvida em 1979 (Venham; Gaulin-Kremer, 1979).

A FIS é composta por 5 faces posicionadas lado a lado em um cartão (anexo 2). As faces mostram uma expressão que vai desde a que caracteriza um estado “muito feliz” até a que mostra uma face “muito infeliz”, no sentido da direita para a esquerda. A criança é perguntada sobre qual face representa como ela está se sentindo no momento. O escore 1 é dado para a face que expressa o estado de maior alegria e o escore 5 para a face que mostra maior tristeza (Buchanan, Niven, 2002).

A escala VPT é composta por oito cartões. Cada um contém um par de imagens com a figura de uma criança expressando um sentimento positivo e um negativo. O profissional deve mostrar cada cartão perguntando para a criança: “Eu gostaria que você apontasse para o menino que está sentindo o mesmo que você está sentindo agora. Olhe cuidadosamente para o rosto da figura e veja como ele se sente.” Para a figura que expressou sentimento negativo, é dado escore 1, para que expressa sentimento positivo é dado escore 0. O escore do final do instrumento pode variar de 0 a 8, o escore 0 representa criança livres de ansiedade, de 1 a 3 baixo nível, 4 a 6 nível médio e 8 e 9 altamente ansiosas (RAMOS- JORGE et al., 2006).

As escalas FIS e VPT já foram utilizadas em estudos de ALSHMMASI et al., (2017); BUCHANAN, 2002), em estudos com pré-escolares. No Brasil a VPT foi utilizada em estudo clínico para medir o grau de ansiedade de crianças (OLIVEIRA et al., 2012; GOES et al., 2010)

A escala FLACC foi desenvolvida por Merkel em 1997, (Bussoti et al., 2015). É uma escala observacional que tem como uma das principais características a redução do tempo de aplicação, indicando comportamentos associados ao tratamento odontopediátrico que podem quantificar o medo e a dor. Pode ser utilizada em crianças até idade escolar e em crianças com nível cognitivo comprometido. O nome da escala é derivado dos aspectos que devem ser observados durante a sua aplicação, que são: a expressão facial (faces), movimentos de pernas (legs), atividade da criança (activity); a presença de choro (cry) e se a criança precisa ser consolada (consolability). Cada item pode receber um escore que varia de 0 a 2, que deve ser dado após a observação do comportamento da criança por 5 minutos. Foi adaptada e traduzida para o português do Brasil por SILVA, THULER (2008). Por ser um instrumento recentemente desenvolvido

tem sido pouco aplicada. Já foi utilizada em estudos para avaliação de comportamento, ansiedade e dor, durante procedimentos anestésicos em crianças, SRIDHAR et al (2018). No Brasil foi utilizada por WAMBIER et al. (2018) para avaliar o comportamento de crianças durante a inserção de grampos de isolamento absoluto.

A escala de Frankl é também um instrumento observacional que foi desenvolvido por Frankl em 1962 e classifica o comportamento durante o atendimento odontopediátrico em 4 categorias, que são: definitivamente negativo, negativo, positivo e definitivamente positivo. Também pode ser aplicada em crianças em idade escolar. Os critérios para classificar as crianças em cada uma das categorias estão na *figura 4*. Este instrumento tem sido utilizado em estudos no Brasil por CADEMARTORI et al. (2017) e RAMOS-JORGE et al. (2006). A escala de comportamento de Frankl também já se mostrou aplicável em estudos clínicos sobre controle de ansiedade em crianças (GHADIMI et al., 2018) e para comparar o efeito de diferentes soluções anestésicas em pulpotomias de dentes decíduos (ALZHRANI et al., 2018).

A DAQ (dental anxiety question) é uma pergunta que tem por objetivo obter o relato parental sobre o medo/ansiedade da criança. A pergunta é: “Você sente que seu filho tem medo de ir ao dentista?” As possíveis respostas são: 1- não tem medo; 2- um pouco de medo; 3- sim, tem medo; 4- sim, muito medo. A criança pode ser classificada como não ansiosa, quando a resposta do responsável é 1, e com algum nível de ansiedade caso as respostas sejam 2, 3 ou 4, (anexo 6); (NEVERLIEN, 1990). Este instrumento tem aplicabilidade principalmente em estudos epidemiológicos (SOARES et al, 2016; COLARES et al, 2013; SOARES et al, 2014), pela facilidade e rapidez de aplicação.

2.1. Discussão

A ficha para coleta de dados dos níveis de ansiedade e medo dos pais/responsáveis e das crianças, prévios ao atendimento odontopediátrico, pode servir como uma ferramenta auxiliar valiosa para que o profissional possa, ao interpretar de maneira correta as informações que nela estão contidas, estabelecer estratégias para a abordagem comportamental não somente de seus pacientes, mas também no que diz respeito a maneira como o núcleo familiar, principalmente aqueles que estão acompanhando a criança, devem ser trabalhados.

A ansiedade odontológica (AO) pode impactar diretamente na maneira como o paciente experimenta potenciais situações de dor durante o atendimento odontopediátrico. Ao controlar adequadamente o possível quadro de AO, o profissional conseguirá fazer com que seu paciente possa manejar também a dor de uma forma que não inviabilize o desenvolvimento do tratamento planejado. Para isso é fundamental que essas questões sejam definidas previamente à realização dos procedimentos clínicos mais invasivos, que tenham maior potencial de desencadear situações estressantes para o paciente e para o odontopediatra.

A fase inicial do atendimento odontopediátrico, quando realizada de forma a contemplar questões comportamentais da criança e de seu núcleo familiar, pode fazer com que a etapa do plano de tratamento em que os procedimentos clínicos são realizados, se desenvolva de maneira mais rápida e eficiente, com procedimentos de maior qualidade.

Na ferramenta que está sendo proposta, os instrumentos que devem ser preenchidos pelos pais/responsáveis e aplicados em todas as situações são a DAS (Dental Anxiety Scale) e a DAQ (Dental Anxiety Question). A partir dessas informações, dados iniciais relacionados aos níveis de AO da criança já podem ser inferidos. O relato parental, nessas situações, é considerado confiável e um preditor para o paciente odontopediátrico.

O Venham Picture Test (VPT) pode ser aplicado em pacientes na faixa etária de 3 a 18 anos e indica o nível de AO da criança. No sentido de utilizar o instrumento como um indicador de possíveis mudanças nos níveis de AO, sugerimos a sua utilização na primeira e na última consulta. Dessa forma, comparando os dois momentos, o instrumento pode dar um retorno ao profissional se as estratégias de manejo comportamental implementadas se mostraram adequadas ou não. Ao aplicar o VPT deve-se tomar o cuidado de fazer a pergunta prévia de acordo com o preconizado pelos autores que o desenvolveram. Os mesmos protocolos devem ser sempre utilizados para que os resultados possam ser comparados sem vieses.

Os instrumentos observacionais que estão sendo propostos são as escalas de comportamento de Frankl e a FLACC. Essas ferramentas podem ser utilizadas em todas as consultas e devem ser registradas na ficha clínica ao final do atendimento. Dentro de uma realidade de rotina de atendimento da clínica de Odontopediatria da UFPR, onde um mesmo paciente pode ser atendido por diferentes estudantes em diferentes períodos, o registro da evolução comportamental da criança ao longo das consultas pode se caracterizar como uma ferramenta extremamente útil para o acadêmico ao início do semestre letivo. A escala de Frankl pode ser utilizada em todas as crianças. Já, a escala FLACC tem sua aplicação indicada em crianças até 3 anos de idade e em bebês.

2.2. Ficha de acompanhamento Odontopediátrico

Q1. 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 sentiria ligeiramente desconfortável
- Eu acho que eu me sentiria desconfortável e teria dor
- Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria

Q2. 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

Q3. 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

Q4. 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

Quadro 1. Classificação do grau de ansiedade¹³.

Pontuação	Grau de ansiedade
até 4	Nulo
5 10	Baixo
10 15	Moderado
15 20	Exacerbada

DAS:

___ / ___ / ___ : _____

___ / ___ / ___ : _____

___ / ___ / ___ : _____

Figura 1. Versão em português da Escala de Ansiedade Odontológica (DAS) adaptada transculturalmente¹⁴.

DAQ: Você sente que seu filho tem medo de ir ao dentista?

(1) não tem medo (2) um pouco de medo (3) sim, tem medo (4) sim, muito medo

___ / ___ / ___ : ESCORE _____

Score FIS (faces image scale)

___ / ___ / ___ : ESCORE _____

___ / ___ / ___ : ESCORE _____

___ / ___ / ___ : ESCORE _____

VENHAM PICTURE TEST (VPT)

__/__/__: ESCORE _____

__/__/__: ESCORE _____

__/__/__: ESCORE _____

ANÁLISE COMPORTAMENTAL**Escala de comportamento de FRANKL**

__/__/__: () I () II () III () IV

__/__/__: () I () II () III () IV

__/__/__: () I () II () III () IV

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)

__/__/__: _____ (soma de pontos)

Face:

Pernas:

Atividade:

Choro:

Consolabilidade:

__/__/__: _____ (soma de pontos)

Face:

Pernas:

Atividade:

Choro:

Consolabilidade:

3. Conclusões

Tendo como referência a literatura consultada, foi estruturada uma ficha de acompanhamento comportamental proposta para ser implementada na clínica de Odontopediatria da UFPR.

Como toda ferramenta, o início de sua implementação deve ser feito, em um primeiro momento, em um projeto piloto, com um grupo mais restrito de pacientes e com uma visão crítica por parte dos que a utilizarão.

As críticas e sugestões serão avaliadas para que ela possa ser implementada na clínica como uma rotina para todos os atendimentos odontopediátrico.

Referências

1. Assunção C.M.; Losso. E.M; Andreatini R.; Menezes J.V.N.B. **The relationship between dental anxiety in children, adolescents and their oarents at dental environment.** Journal of indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry. Vol.31 Issue 3, Jul-Sep 2013.
2. Alshammasi H.; Buchanan H.; Ashley P. **Dentists' use of validated dental anxiety measures in clinical practice: a mixed methods study.** International Journal of Pediatric Dentistry, DOI: 10.1111/ipd. 12302, 2017.
3. Al-Zahrani M. E; Baig W. A, Al-Jubran M. K, Anwar Q. T. C. **Evaluation of Test Anxiety Levels among Preparatory Year Students of PSMCHS During Computer-Based Versus Paper-and-Pen Examination.** International Journal of Medical Research & Health Sciences, 7(1): 48-5. 2018.
4. Barasuol, J.C; Busato, C.A.; Menezes, J.V.N.B. **Ansiedade odontológica das crianças e dos responsáveis e fatores associados.** Página 02 a 18. Julho, 2015.
5. Barasuol, J.C; Assunção L.R.S.; Fraiz F.C.; Menezes, J.V.N.B. **Oral Health Literacy as a Predictor of Dental Anxiety in Parents of Children Undergoing Dental Treatment.** Journal of Dentistry for Children-84:3, 2017.
6. Buchanan H, N Niven. **Validation os Facial Image Scale to assess child dental anxiety.** International Journal of Paediatric Dentistry. 12: 47–52. 2002.
7. Bussoti E.A, Guinsburg R, Pedreira M. L. G; **Adaptação cultural para o português do Brasil da escala de avaliação de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised (FLACCr).** Revista Latino Americana de enfermagem. 23(4):651-9, Jul-ago 2015.

8. Cademartori G. M; Correa B. M; Silva A. R; Gottems L. M. **Childhood Social, emotional, and behavioural problems and their association with behaviour in the dental setting.** International Journal of Pediatric Dentist. Pg 43 – 49. 2019.
9. Colares V.; Franca C; Ferreira A.; Amorim Filho H.A; Oliveira M.C.A. **Dental anxiety and dental pain in 5-to 12-years in Recife, Brazil.** European Academy of Paediatric Dentistry. Vol 14:15-19, 2013.
10. Carvalho, R.W.F; Falcão, P,G,C,B; Campos, G.J.L; Bastos, A.S; Pereira,J.C; Pereira, M.A.S;Cardoso, M.S.O ; Vasconcelos, B.C.E. **Ansiedade frente ao tratamento odontológico:prevalência e fatores predictores em brasileiros.** Ciência & Saúde Coletiva, 17(7):1915-1922, 2012.
11. Costa, V. P.P; Correa, M.B, Correa, M.B; Goettems M,L; Pinheiro R.T; Demarco F.F. **Maternal depression and anxiety associated with dental fear in children: a cohort of adolesdent mothers in Southern Brazil.** Original Research Pediatric Dentistry Braz. Oral. Res; pg 31 e 85. 2017.
12. Ferreira C.M; Filho-Gurgel E.D; Valverde G.B; Moura, E.H; Deus,G; Filho-Coutinho T; **Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento.** RBPS; 17(2) 51-55, 2004
13. Folayan M.O; Idehen E.E; OJO O.O; **The modulating effect of culture on the expression. Dental anxiety in children: a literature review.** International Journal of Paediatric Dentistry. July 2004.
14. Ghadimi S.; Estaki Z; Rahbar P; Shamshiri A.R. **Effect off visual distraction on children’s anxiety during dental treatment: a crossover randomized clinical trial.** Eur Arch Pediatr Dent; 19(4): 239-244, aug 2018.

15. Guinot Jimeno, S. Yuste Bielsa, C. C. Fenández, A. I L. Rodriguez, M. M. Bellido. **Objective and subjective measures for assessing anxiety in paediatric dental patients.** European Journal of Paediatric Dentistry, vol 12/4, 2011.
16. Góes, M.P.S.; Domingues M.C; Couto, G.B.L.; Barreira. A.K. **Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis.** Odontol. Clin-Cient, Recife, 9(1) 39-44, Jan/mar., 2010.
17. Hosseinbor M; Paryab M. Dental anxiety and behavioral problems: **A study of prevalence and related factors among a group of Iranian children aged 6-12.** Journal of Indian Society of Pedodontic and Preventive Dentistry, vol 31, pg: 82-86. 2013.
18. Hu, W. L.; Gotenstein C.; Fuentes D. **Portuguese version of corah's dental anxiety scale: transcultural adaptations and reliability analysis.** Depression and anxiety 24: 476-471, 2007.
19. Lima, A.D.F; Farias F.L.R. **O Trabalho do cirurgião dentista e o estresse: Considerações teóricas.** RBPS; 18 (1) : 50-54; 2005.
20. Lin, C.S; Wu S.Y and Yi C.A; **Association between Anxiety and Pain in Dental treatment: A Systematic Review and Meta-analysis.** Journal of Dental Research, vol 96(2) 153-162, 2017.
21. Macedo F.A.F.F.; Corrêa F.P.; Mattos F.F.; Vasconcelos M.; Abreu M.H.N.G.; Lucas S.D. **Ansiedade Odontológica em um Serviço da Saúde Bucal de Atenção Primária.** Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa, 11(1): 29-34. jan/mar 2011.
22. Marques, K.B.G; Gradvohl M.P.B; Maia M.C.G. **Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE.** RBPS, Fortaleza, 23(4): 358-367, out./dez., 2010.

23. Oliveira, M.F; Moraes M.V.M; Cardoso D. D. **Avaliação da ansiedade infantil prévia ao tratamento odontológico. UEPG.** Ci. Biol. Saúde, Ponta Grossa, v.18, n.1, p. 31-37, jan-jun 2012.
24. Oliveira M.M.T; Colares V. **The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months: a study in Recife, Pernambuco State, Brazil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(4): 743-75, abr 2009.
25. Ramos-Jorge M.L; Marques L.S; Pavia S.M; Serra-Negra J.M; PORDEUS i.a. **Predictive factors for child behaviour in the dental environment.** European Archives of Paediatric Dentistry//7(4). 2006.
26. Sadi H.; Finkelman M; Rosenberg M. **Salivary Cortisol, Salivary Alpha Amylase, and the Dental anxiety Scale.** American Dental Society of Anesthesiology. 60:46-53. 2013.
27. Shuller A; Wilimsen T; Holst D. **Are there differences in oral health and oral health behaviour between individual with high and low dental fear?** Community Dentistry and Oral Epidemiology. March, 2003.
28. Singh K.A; Moraes A. B. A; Bovi Ambrosano G.M; **Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico.** Pesq Odonto Bras, V. 14, n 2, p 131-136, abr/jun. 2000.
29. Silva F.C.; Thuler L.C.S. **Cross-cultural adaptation and translation of two pain assessment tools in children and adolescents.** Jornal de pediatria - vol. 84, No. 4. 2008.
30. Sridhar, S.; Suprabha S.B.; Shenoy Ramya.; Shwetha K.T.; Rao A. **Effect of a relaxation training exercise on behaviour, anxiety and pain during buccal infiltration anesthesia in children: Randomized Clinical Trial.** International Journal Pediatric Dentistry, pg 596-602, 2018.

31. Soares F.C; Lima D.S.M; Barreto K.A; Colares V. **Ansiedade Odontológica em Crianças e os Fatores associados: Revisão de literatura.** *Psicologia,saúde & doenças*, 16(3), 373-385. EISSN - 2182-8407. Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS, 2015. (a).
32. Soares F.C; Lima R A; Barros V.M; Colares V. **Factors Associated with Dental Anxiety in Brazilian Children of 5 to 8 years. Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic**, 14(2), 97-105, 2014.
33. Soares F.C; Lima R.A; Santos C.F.B.F; Barros, M.V.G; Colares V. **Predictors of dental anxiety in Brazilian 5-7 years old children.** *Comprehensive Psychiatry* 67, 46-53. 2016.
34. Soares F.C; Souto G.; Lofrano.; Colares V. **Anxiety related to dental care in children and adolescents in a low income Brazilian community.** *European Academy of Pediatric Dentistry* 16: 149-152, 2015. (b).
35. Tambellini, M.M; Gorayeb R. **Escala de medo odontológico em crianças e adolescentes: uma revisão de literatura.** *Paidéia*, 13(26), 157-161. 2013.
36. Venham L.L; Gaulin-Kremer E. **A self-report measure of situational anxiety for young children.** *Pediatric dentistry* vol. 1 n. 2. 1979.
37. Wambier L.M; DEMOGALSKI J.T; Puja D.B; Chibinski A.C; Wambier D.S, Farago P.V; Loguercio A.D; Reis, A. **Efficacy of new light-cured anesthetic gel for clamp placement before rubber dam isolation in children: A triple-blinded randomized controlled clinical trial.** *American Journal of Dentistry.* Vol 31(3): 126-138. Jun 2018.

ANEXOS

Dental Anxiety Question (DAS)

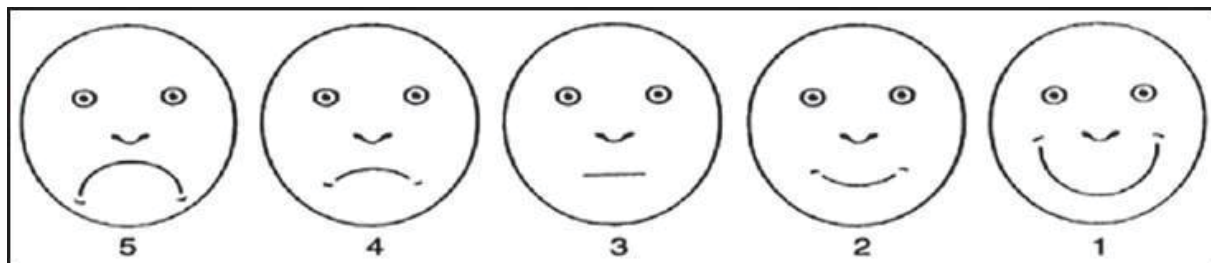
<p>Q1. Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?</p> <p>a. Eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável.</p> <p>b. Eu não me importaria</p> <p>c. Eu me sentiria ligeiramente desconfortável</p> <p>d. Eu acho que eu me sentiria desconfortável e teria dor</p> <p>e. Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria</p>
<p>Q2. Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?</p> <p>a. relaxado</p> <p>b. meio desconfortável</p> <p>c. tenso</p> <p>d. ansioso</p> <p>e. tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal</p>
<p>Q3. Quando você está na cadeira odontológica esperando o dentista preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como você se sentiria?</p> <p>a. relaxado</p> <p>b. meio desconfortável</p> <p>c. tenso</p> <p>d. ansioso</p> <p>e. tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal</p>
<p>Q4. 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?</p> <p>a. relaxado</p> <p>b. meio desconfortável</p> <p>c. tenso</p> <p>d. ansioso</p> <p>e. tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal</p>

Figura 1. Versão em português da Escala de Ansiedade Odontológica (DAS) adaptada transculturalmente¹⁴.

Pontuação	Grau de ansiedade
até 4	Nulo
5 10	Baixo
10 15	Moderado
15 20	Exacerbada

Anexo 1

Face Iagem Scale (FIS)



Anexo 2

Venham Picture Test (VPT)



Anexo 3

Escala comportamental – FLACC

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico
P Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidas
A Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gaspingou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto
Orientações para aplicação da escala			
<p>1- Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.</p> <p>2- Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.</p> <p>3- Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.</p> <p>4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças não verbais. As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.</p>			
<p>© 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009 Bussotti EA, Guinsburg R, Pedreira MLG. Traduzido para a língua portuguesa. Brasil – São Paulo, junho de 2013.</p>			

Escala Comportamental de Frankl

Escore	Comportamento	Definição
0	Cooperação total	A criança não apresenta protesto físico, como choro ou movimentos corporais, que atrapalhe o dentista.
1	Protesto moderado	A criança protesta em voz baixa (resmungos) ou choro contido.
2	Protesto intenso	choro forte e/ou movimentos corporais (de mãos, braços, cabeça, etc.), que dificultam a realização do tratamento.
3	Protesto mais intenso	É necessária contenção física de algum órgão do corpo (das mãos e/ou da cabeça). Ainda assim, a criança coopera parcialmente e relutantemente com as orientações.
4	Protesto generalizado	A situação resulta em desgaste físico e mental tanto para a criança quanto para o dentista.

Anexo 5

Dental Anxiety Question (DAQ)

DAQ: Você sente que seu filho tem medo de ir ao dentista?

(1) não tem medo (2) um pouco de medo (3) sim, tem medo (4) sim, muito medo

__ / __ / __ : ESCORE _____

Anexo 6