

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Mayra dos Santos Ribeiro
Victória Carvalho Gonçalves

COMPORTAMENTO INFANTIL NO DENTISTA

Taubaté – SP
2018

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ
Mayra dos Santos Ribeiro
Victória Carvalho Gonçalves

COMPORTAMENTO INFANTIL NO DENTISTA:

Trabalho de Graduação apresentado para obtenção do Grau Acadêmico pelo curso de Odontologia do Departamento de Odontologia da Universidade de Taubaté.

Orientação: Profa. Dra. Adriene Mara s. Lopes e Silva

Taubaté – SP

2018

SIBi – Sistema Integrado de Bibliotecas / UNITAU

R484c Ribeiro, Mayra dos Santos
Comportamento infantil no dentista / Mayra dos Santos Ribeiro; Victoria
Carvalho Gonçalves. -- 2018.
37 f.

Monografia (graduação) – Universidade de Taubaté, Departamento de
Odontologia, 2018.

Orientação: Profa. Dra. Adriene Mara Souza Lopes e Silva,
Departamento de Odontologia.

1. Criança. 2. Comportamento. 3. Medo. 4. Preparo psicológico. I.
Gonçalves, Victoria Carvalho. II. Universidade de Taubaté. III. Título.

CDD - 617.645

Mayra dos Santos Ribeiro
Victória Carvalho Gonçalves

Data: 03 de Dezembro de 2018

Resultado: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Adriene Mara Souza Lopes e Silva, Universidade de Taubaté

Assinatura: _____

Prof.^a Dr.^a Cláudia Auxiliadora Pinto, Universidade de Taubaté

Assinatura: _____

Prof. Dr. Celso Monteiro da Silva, Universidade de Taubaté

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aos nossos professores, nossos familiares, nossos amigos e à todos aqueles que nos ajudaram de alguma maneira e estiveram conosco durante esta difícil trajetória, a qual foi preciso muita paciência, força e determinação.

Mayra dos Santos Ribeiro e Victoria Carvalho Gonçalves.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente à Deus por ter me concedido força e não ter me deixado fraquejar em nenhum dos momentos de dificuldade que passei durante a trajetória acadêmica e permitiu que eu chegasse até aqui.

À minha orientadora Professora Doutora Adriene Mara Souza Lopes e Silva por sempre nos incentivar e ajudar, pela paciência e dedicação durante toda a elaboração deste trabalho e por todos os seus ensinamentos durante todo o curso.

À todos os professores do curso que puderam compartilhar seus conhecimentos e experiências e que de alguma forma ajudaram com a minha formação.

Aos meus pais Cristina Helena Assis de Carvalho e Sergio Corrêa Gonçalves que sempre me incentivaram a dar o meu melhor em tudo o que faço, por me proporcionarem uma boa vida acadêmica, passando por cima de todos os obstáculos e por me ensinarem muito sobre a vida.

À todos os meus familiares, que me apoiam, me ajudam e torcem pelo meu sucesso.

Aos amigos que fiz durante a faculdade, época de mudanças, novidades e incertezas e eles estiveram comigo em todos os momentos. Aprendi muitas coisas junto com eles, tanto na vida acadêmica, como na pessoal, sempre que precisei de ajuda eles estavam ali. Pudemos passar momentos incríveis juntos e perceber que em meio de todas nossas diferenças não teriam pessoas melhores para passar por esta fase juntos e levar para o resto da vida.

Aos meus amigos mais antigos, que estão comigo desde outras fases da minha vida e puderam acompanhar e me ajudar a subir mais um degrau, sempre me dando forças e esperanças e que foram essenciais durante toda esta trajetória que posso dizer que mesmo em caminhos diferentes, crescemos muito juntos.

Victoria Carvalho Gonçalves.

Agradeço a Deus, que foi minha maior força nos momentos de angústia e desespero. Sem ele, nada disso seria possível. Obrigada, senhor, por colocar esperança, amor e fé no meu coração.

Gostaria de agradecer minha família. Especialmente, meu pai Fernando Roberto Ribeiro e minha mãe Maria Aparecida Ribeiro, que confiaram em mim e juntos enfrentaram tantas dificuldades para que eu pudesse estudar. A minha irmã Gessyca que me deu inspiração para seguir o seu exemplo como pessoa, e ao meu padrinho Gustavo que estava sempre ao meu lado, obrigada pelo apoio e torcida.

Agradeço aos professores Dr. Celso Monteiro da Silva e Dra. Claudia Auxiliadora Pinto, que acompanharam a minha jornada acadêmica de perto e deram muito apoio nas clinics em sala de aula. Obrigada pela incansável dedicação e confiança. Sou grata principalmente a mestre Dra. Adriene Mara Souza Lopes e Silva, que foi a minha orientadora sempre atenciosa, e contribuiu muito com a realização dessa pesquisa.

É claro que não posso esquecer agradecer aos meus amigos da faculdade e os meus antigos, porque foram eles que me incentivaram e inspiraram através de gestos e palavras a superar todas as dificuldades.

Mayra dos Santos Ribeiro.

RESUMO

O tratamento odontológico ainda é considerado como gerador de estresse, medo e ansiedade, causados pelo medo da dor que pode estar relacionada a diferentes situações como, a anestesia, a exodontia, o ruído do motor de alta rotação, entre outros procedimentos. O objetivo deste trabalho é analisar os diferentes tipos de comportamento infantis, como medo, fobia, intervenção dos pais, não colaboração da criança e compreender cada caso individualmente para lidar com as dificuldades que o dentista pode encontrar no tratamento de crianças com problemas comportamentais. Contribuirá com a prática odontológica na área de Odontopediatria, onde são encontradas diversas dificuldades quanto à colaboração, ao comportamento e as reações das crianças em cada tipo de tratamento, e para isso irá dispor técnicas para entender os tipos de comportamentos existentes e melhorar a conduta clínica. O trabalho foi realizado a partir de revisões de literatura, estudando artigos já publicados e livros sobre o assunto e pôde-se concluir que os procedimentos citados na literatura como geradores de medo ao tratamento odontológico nas crianças foram, anestesia, alta rotação, extração dentária, experiências anteriores da própria criança ou de relatos de outras pessoas. Para controle do medo os autores citaram o preparo psicológico com diferentes propostas, por meio de diálogo e recursos audiovisuais.

Palavras-chave: Preparo psicológico; Criança; Comportamento; Medo.

SUMÁRIO

RESUMO	6
1 INTRODUÇÃO.....	8
2 PROPOSIÇÃO.....	10
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	11
4 DISCUSSÃO.....	28
5 CONCLUSÃO.....	33
6 REFERÊNCIAS.....	34

1 INTRODUÇÃO

O tratamento odontológico ainda é considerado como gerador de estresse, medo e ansiedade causados pelo medo da dor que pode estar relacionada a diferentes situações como, a anestesia, a exodontia, o ruído do motor de alta rotação, entre outros procedimentos, o que leva os profissionais a estudar e entender a situação do medo e procurar minimizar os efeitos desse comportamento durante o atendimento, visando a prática odontológica humanizada e acolhedora.

A Odontopediatria, especialidade odontológica voltada para o tratamento preventivo e curativo em crianças, tem grande preocupação com essas situações de medo e ansiedade que podem ser geradas, pois a experiência odontológica vivida na infância deve ser a melhor possível para que, durante seu crescimento e desenvolvimento até a vida adulta, ela possa de forma saudável e disponível ir ao dentista, preservar e manter sua saúde bucal, visando à saúde geral e qualidade de vida. Vale ainda salientar que a manutenção dos dentes decíduos na cavidade bucal até sua época normal de esfoliação é importante para a estética, fonética e mastigação e manutenção de espaço para a dentição permanente, devendo assim ser estimulado a prevenção e o tratamento odontológico nas crianças.

Importante citar o papel da família nesse contexto comportamental, pois muitas vezes os pais, que viveram experiências odontológicas ruins, ou mesmo têm medo do tratamento, passam isso aos filhos, o que pode interferir também no comportamento da criança, pois são as pessoas mais próximas a elas, e em quem mais confiam e acreditam. Entre as próprias crianças pode haver diálogos relacionados ao tratamento odontológico em que relatos fantasiosos também podem influenciar nas situações de medo.

O dentista precisa conhecer o desenvolvimento físico, mental, intelectual, emocional, diversidade de atitudes das crianças, os diferentes comportamentos durante o tratamento odontológico, e a forma de lidar com cada reação a fim de individualizar e atender as necessidades de cada criança para obter sucesso no seu trabalho (CASTRO et al., 2013).

Assim, o trabalho propõe estudar os diferentes comportamentos das crianças frente ao tratamento odontológico, nos diferentes procedimentos, e como os dentistas e familiares lidam com esses comportamentos.

2 PROPOSIÇÃO

Revisar na literatura o comportamento de crianças durante o atendimento odontológico, em diferentes procedimentos clínicos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Moraes (1999) afirmou que a associação de medo e Odontologia desenvolve-se ao longo do processo de socialização e das experiências de aprendizagem. Algumas decorrem do contato direto com o tratamento odontológico e outras são aprendidas indiretamente através de outras pessoas e dos meios de comunicação. A maior parte dos “medos” é aprendida na infância e adolescência. Muitas pessoas relatam medo do dentista mesmo na ausência de experiências odontológicas e interpessoais negativas. A pesquisa demonstrou que muitas crianças temerosas têm pais igualmente temerosos.

Singh, Moraes e BoviAmbrosano (2000) avaliaram medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico em 364 crianças da faixa etária de sete a 13 anos. Três questionários com questões de múltipla escolha foram aplicados em grupos de 10 crianças. O primeiro questionário destinou-se à avaliação do medo ao tratamento odontológico e outras situações; o segundo questionário constou de 20 itens relacionados às situações potencialmente produtoras de ansiedade; e o terceiro questionário constou de 40 itens sendo 20 relacionados ao controle percebido e 20 ao controle desejado. Concluíram que crianças com maior controle percebido apresentaram menor medo ao tratamento odontológico; crianças com experiência anterior de anestesia no tratamento odontológico revelaram-se mais temerosas do que as crianças que tinham feito tratamento sem anestesia; as meninas mostraram-se mais temerosas e ansiosas do que os meninos; e as crianças de sete a nove anos de idade mostraram-se menos temerosas do que as crianças pertencentes à faixa de onze a treze anos.

Fioravante e Marinho-Casanova (2009) avaliaram comportamentos de Odontopediatras e de crianças durante atendimentos odontológicos. Participaram dois graduados em odontologia e vinte crianças, sendo dez atendidas em profilaxia e dez em emergência. As crianças eram de ambos os gêneros, com idades entre 18 meses e seis anos; nenhuma delas foi indicada como apresentando problemas de comportamento; cada profissional atendeu a 10 crianças: cinco casos para realização de procedimentos profiláticos e outros cinco em emergência. Observaram que 40% das crianças apresentaram alta frequência de respostas opositoras, sendo a oposição infantil mais frequente nos atendimentos de emergência do que nos de profilaxia. Os Odontopediatras emitiram, no geral, mais respostas adequadas do que inadequadas, inclusive com 75% das crianças opositoras; as respostas inadequadas foram emitidas nos atendimentos de emergência. Concluíram que o tipo de atendimento tem influência sobre o comportamento de crianças e dentistas, sendo importante para a formação dos Odontopediatras o fornecimento de informações sobre os princípios que regem o comportamento humano e o ensino de estratégias comportamentais de manejo do comportamento infantil.

Corrêa em 2009 citou que a presença da mãe durante o atendimento odontológico torna-se um conforto à criança, porém não deve se manifestar durante o atendimento, mesmo com seu instinto de proteção ao filho, pois durante o tratamento não há intenção alguma de causar mal à criança, no entanto pensando pelo lado de menosprezo ao valor da mãe, ela pode se sentir desconsiderada por não ter participado e não ter o seu devido valor. Portanto depende do comportamento da mãe a presença da mesma durante atendimento da criança, devendo o cirurgião dentista, pedir à mãe para não conversar durante o atendimento.

Klatchoian, Noronha e Toledo (2010) afirmaram que promover uma atitude positiva, segura e proporcionar cuidados de qualidade são de máxima importância para o exercício da Odontopediatria e que as técnicas de orientação do comportamento utilizadas devem ser adaptadas individualmente a cada paciente pelo profissional. Elaboraram um guia com o objetivo de orientar no cuidado de saúde os profissionais, os pais e as outras partes interessadas nas várias técnicas para a adaptação do comportamento utilizadas na Odontopediatria. Citaram três bases essenciais da comunicação não-verbal com o paciente infantil, que são: "eu vejo você como um indivíduo e atenderei às suas necessidades como tal"; "eu estou completamente preparado e sou altamente qualificado"; "eu sou capaz de te ajudar e não farei nada para te ferir desnecessariamente". E citaram que toda a equipe odontológica tem influência no comportamento da criança, começando pela recepcionista e o modo que se comunica e recebe o paciente para a consulta, até chegar ao dentista, o qual deve se mostrar empenhado em resolver os problemas presentes e esclarecer as dúvidas dos pais.

Marques et al. (2010) investigaram os fatores causadores de medo e ansiedade em crianças previamente à consulta odontológica. Aplicaram um teste de avaliação da ansiedade odontológica *Venham Picture Test* (VPT) modificado em 10 crianças de quatro a seis anos de idade. O teste consta de um conjunto de figuras de crianças em diferentes estados emocionais, que foram apresentadas a cada criança para que apontasse com a qual considerava estar mais identificada naquele momento. Um segundo teste, realizado antes do atendimento, consistiu em pedir que as crianças desenhassem à mão livre o consultório odontológico, o cirurgião-dentista e o pessoal auxiliar, perguntando a cada criança: o que você acha do consultório odontológico ou

do dentista? Os desenhos foram submetidos à análise ideográfica e categorizados em unidades de significados para a interpretação. Observaram que três crianças no VPT e nove crianças no desenho apresentaram grau elevado de ansiedade. Os fatores citados como causais foram o motor de alta rotação, extração dentária e roupa branca. Concluíram que o teste VPT modificado demonstrou ser rápido, de fácil aplicação e aceitação pelas crianças, porém, em alguns casos, foi contraditório com o desenho. O teste pode ser útil para prever uma possível reação negativa da criança no momento do atendimento e através de manejos de comportamento adequados chegar à colaboração dos mesmos.

Góes et al. (2010) avaliaram pressão arterial e frequência cardíaca antes, durante e após os procedimentos odontológicos, relacionando-os com ansiedade e medo. Estudaram uma amostra composta por 44 crianças de ambos os gêneros na faixa etária de três a 12 anos. Cada indivíduo foi avaliado em um dia de atendimento para realização do procedimento odontológico. A primeira aferição da pressão arterial era realizada antes de iniciar o procedimento odontológico; a segunda aferição durante o procedimento, após a realização da anestesia; e a terceira aferição após a finalização do procedimento. As reações emocionais das crianças foram avaliadas antes e após os procedimentos odontológicos, através de um teste projetivo com autoanálise a partir de desenhos de figuras humanas (Venham Picture Test). Os autores observaram que as crianças entre três e seis anos apresentaram mais chances de ter ansiedade na consulta odontológica do que as crianças entre sete e doze anos; a avaliação do monitoramento da frequência cardíaca e da pressão arterial sistólica e diastólica não se mostrou como um indicador fisiológico de ansiedade das crianças; e que a presença de história odontológica relevante, ou seja, primeira vez ao dentista ou experiência

negativa em consultas anteriores, representou chances muito maiores de apresentar ansiedade infantil ao tratamento odontológico.

Ferreira (2012) citou que a ansiedade e o medo relacionados ao atendimento odontológico podem estar associados a experiências ruins que aconteceram na infância, e quando a atenção preventiva não ocorre por medo as doenças bucais se proliferam, exigindo tratamentos curativos, que geralmente são invasivos e desconfortáveis. Concluiu que a promoção de saúde na primeira infância por meio de uma boa comunicação entre paciente e profissional, com consultas preventivas de rotina pode evitar ou minimizar as patologias bucais e a ocorrência de procedimentos invasivos e dolorosos diminuindo a ansiedade ao tratamento odontológico.

Castro et al. (2013) compararam as atitudes dos pais de crianças com e sem deficiências em relação aos métodos de orientação de comportamento odontopediátrico. Quarenta pais de crianças sem deficiência (Grupo A) e outros 40 pais de crianças com deficiência (Grupo B) foram selecionados. Os métodos avaliados foram controle de voz, dizer-mostrar-fazer, reforço positivo, distração, sedação de óxido nítrico, estabilização protetora com um dispositivo restritivo, estabilização protetora realizada pelos pais e anestesia geral, que foram apresentadas aos pais por meio de fotografias. Depois de ver cada fotografia, os pais imediatamente avaliaram o método indicando em um formulário o nível de aceitação de acordo com os seguintes critérios: totalmente inaceitável, um pouco aceitável, aceitável, totalmente aceitável. Os resultados indicaram que no grupo A, o método baseado na orientação comunicativa foi aceito pela maioria dos participantes. No grupo B, apenas uma mãe considerou totalmente inaceitável o método de controle de voz e outros dois, dizer-mostrar-fazer.

Para ambos os grupos, a anestesia geral foi o método menos aceito. Houve diferença estatisticamente significativa na aceitação da estabilização protetora com um dispositivo restritivo no grupo B. Os pais de crianças com e sem deficiência aceitaram técnicas de orientação comportamental, mas as técnicas básicas mostraram taxas de aceitação mais altas do que as técnicas avançadas.

Kaur et al. (2015) avaliaram e compararam auxiliares de distração audiovisuais no tratamento odontológico de crianças ansiosas de duas faixas etárias, de quatro a seis anos e de seis a oito, com 30 pacientes em cada faixa etária. As crianças de ambos os grupos etários foram divididas em 3 subgrupos, o grupo controle, grupo de distração de áudio, grupo de distração audiovisual com 10 pacientes em cada subgrupo. Cada criança em todos os subgrupos passou por três consultas odontológicas. O nível de ansiedade infantil em cada visita foi avaliado usando uma combinação de parâmetros de medição de ansiedade. Os resultados mostraram que o grupo audiovisual mostrou diferença estatisticamente significativa com relação ao grupo de áudio e controle, enquanto grupo de áudio mostrou a diferença estatisticamente significativa do grupo controle. Concluíram que a distração audiovisual mostrou-se um modo mais eficaz de distração no manejo de crianças ansiosas em ambas as faixas etárias, quando comparada à distração auditiva. Em ambos os grupos etários, um efeito significativo do tipo de visita foi observado, sendo a ansiedade avaliada clinicamente, comportamento não cooperativo e frequência de pulso. O padrão de resposta foi consistente em todas as três medidas; as respostas negativas intensificaram-se desde a primeira visita até a segunda visita e terceira visita em ambos os grupos etários. Encontraram também que o nível de cooperação dos pacientes depende do tipo de procedimento que deve ser realizado, e não do número de visitas de tratamento. Os autores sugeriram que tanto os

auxiliares de distração audiovisual quanto de áudio podem ser considerados uma boa alternativa no manejo de pacientes ansiosos em cirurgias odontológicas.

Pai et al. (2015) realizaram um experimento com o objetivo de determinar a prevalência de problemas de manejo comportamental infantil e analisar a influência e o poder preditivo de variáveis não-dentais e dentárias sobre o mesmo. Avaliaram 165 crianças de sete a 11 anos que receberam tratamento odontológico abrangente. Os pais ou responsáveis foram entrevistados por meio de questionário. Os tratamentos foram classificados em três níveis de invasividade: não invasivo, moderadamente invasivo e altamente invasivo. Observaram que a prevalência de problemas de comportamento das crianças 0%, para procedimentos não invasivos, 4,2% para moderadamente invasivos e 15,76% para procedimentos mais invasivos. Três variáveis foram preditores significativos de comportamento; menor idade, história de hospitalização e experiência anterior desagradável no dentista. Conclusões: A via de condicionamento direto é o principal fator na determinação do comportamento da criança na SQ. Experiências odontológicas, duração do tratamento e complexidade do tratamento têm maior impacto na forma como a criança se comporta em um tratamento odontológico.

Ulhoa et al. (2015) realizaram uma revisão de literatura com o objetivo de identificar as origens, características e os estímulos geradores de medo do tratamento odontológico. Citaram que o medo odontológico se insere entre as emoções mais comuns do tratamento dentário sem que esse medo seja explicável. Dentre os fatores sociais relacionados ao medo odontológico, a partir da constatação de que na infância formam-se hábitos e que a família tende a influenciar decisivamente essa formação, na maioria das vezes, o medo está ligado a experiências e atitudes familiares. Concluíram

que o medo, ansiedade e tensão fazem parte dos momentos pré e transoperatórios do cirurgião-dentista; os procedimentos invasivos, como anestesia e o uso do alta-rotação, geram maior ansiedade aos pacientes; entender o medo, buscar suas origens e características, são atitudes importantes para que o dentista interaja com seu paciente como um todo, preocupando-se não só com os problemas bucais, mas também com seu lado humano e emotivo.

Al-Khotani et al. (2016) avaliaram a eficácia da visualização vídeos de desenhos animados usando um sistema de óculos sobre o comportamento e ansiedade de crianças durante o tratamento odontológico restaurador. Observaram 56 pacientes, durante três sessões de tratamento, divididos aleatoriamente em dois grupos; um grupo controle sem distração e um grupo com distração. A ansiedade e o comportamento cooperativo foram avaliados por meio de escala de imagem facial, e os sinais vitais, pressão arterial e pulso também foram tomadas. Observaram que o grupo com distração visual apresentou escores mais baixos de ansiedade do que o grupo controle. A taxa de pulso foi mais alta durante a anestesia no grupo controle, e as crianças que usaram distração audiovisual nos óculos de proteção durante o tratamento odontológico restaurador relataram menos sofrimento durante o procedimento do que sem, e além disso mostraram uma resposta mais positiva após a anestesia local. Concluíram que a distração audiovisual foi um método eficaz na redução do medo e ansiedade em crianças durante o tratamento odontológico.

Kilinc et al. (2016) avaliaram os níveis de ansiedade de crianças pré-escolares em um jardim de infância e em uma clínica odontológica. Os níveis de ansiedade de noventa crianças pré-escolares de quatro a seis anos de idade foram avaliados de acordo com as taxas de pulso, escala de imagem facial, teste de Venham (VPT) e

escala de avaliação de comportamento de Frankl. As mães das crianças foram solicitadas a preencher os formulários do inventário de ansiedade-traço de ansiedade (STAI) (STAI 2 e STAI 2). Uma diferença estatisticamente significativa foi observada entre as taxas de pulso das crianças quando medida na clínica odontológica e aqueles quando medidos no jardim de infância. Embora os resultados não tenham sido estatisticamente significantes, expressões faciais mais negativas foram observadas nas crianças da clínica odontológica do que naquelas na pré-escola. Houve correlação estatisticamente significativa entre os níveis transitórios de ansiedade (IDATE-1) das mães e os escores da TMF de seus filhos avaliados na clínica odontológica. O nível de ansiedade contínuo das mães de meninos foi significativamente maior do que o das mães de meninas. Embora as crianças tivessem sido informadas sobre a odontologia e tivessem sido apresentadas a um dentista no jardim de infância, seus níveis de ansiedade aparentemente aumentaram à medida que chegavam à clínica odontológica. O aumento significativo observado nas taxas de pulso das crianças foi um indicador físico de que seus níveis de ansiedade aumentaram. Concluíram que as crianças sentiam-se mais ansiosas na clínica odontológica que no jardim de infância.

Ferreira e Oliveira (2016) compararam escores de ansiedade no tratamento odontológico entre crianças e acompanhantes. Avaliaram 44 crianças de ambos os gêneros, em idades de quatro a 11 anos, atendidas na clínica de Odontopediatria. Utilizaram Escala de Ansiedade Visual (FIS) para crianças, identificando a ansiedade inicial e final por meio de 5 carinhas variando de muito feliz a muito triste, avaliada na primeira e na última consulta, e o questionário com a Escala de Ansiedade Dental de Corah's (DAS) para os responsáveis composto por 4 questões fechadas. Foram classificados como não ansiosos 4,5% dos pais e 31,8% com exacerbado grau de

ansiedade. Não houve correlação significativa no estado de ansiedade das crianças e ansiedade de seus pais. Houve diminuição significativa no escore médio do FIS referente à ansiedade da criança na última consulta. Concluíram que a ansiedade dos pais não interferiu no comportamento da criança no tratamento odontológico. A ansiedade na primeira consulta odontológica da criança mostrou-se bastante elevada, diminuindo consideravelmente na última consulta. A comunicação do dentista com a criança foi importante para desenvolver a confiança, diminuindo sua ansiedade perante o tratamento odontológico.

Mishra et al. (2016) avaliaram os efeitos dos fatores sociodemográficos, índice de massa corporal (IMC), ansiedade e a multimídia como no atendimento odontológico de crianças. O estudo foi composto por pacientes com a faixa etária de 3 a 14 anos todos acompanhados pelos pais com o critério de terem sua primeira consulta odontológica nessa faixa etária. Os critérios utilizados foram preencher um questionário sobre a ansiedade geral da criança e o status socioeconômico da família, altura e peso para calcular o IMC. Os resultados mostraram que o aumento da idade gera um resultado positivo ao atendimento. Crianças entre a faixa etária de 7 a 10 anos são menos negativas (28,9%), e de três a seis anos (48,5%) mais negativas). Concluíram que entre os fatores sociodemográficos, o aumento da idade está diretamente relacionado ao comportamento positivo da criança, enquanto outros fatores, como gênero não foi significativamente relacionado.

Gonzales et al. (2016) citaram que o manejo comportamental do paciente pediátrico odontológico é importante para o sucesso do tratamento, a falta de cooperação pode impedir que se alcance os objetivos terapêuticos. As crianças difíceis exigem do dentista e sua equipe considerável dedicação, treinamento, habilidade e

personalidade para o reconhecimento do problema e o uso eficaz de diferentes técnicas de gestão de comportamento. Apresentaram um trabalho com a proposta de divulgar uma biblioteca de brinquedos atuando como parte do processo educativo e de adaptação comportamental do paciente pediátrico odontológico, antes de ingressar na clínica odontológica. A "biblioteca de brinquedos" refere-se ao espaço dedicado especialmente a atividades de entretenimento baseadas em jogos metodologicamente ordenados, cujo objetivo principal é estimular e desenvolver a compreensão e capacidade de aprendizagem da criança, um espaço físico destinado a facilitar os processos de integração e transferência do paciente pediátrico para um novo ambiente desconhecido para ele, através da comunicação e educação emocional baseada no jogo educativo. Estas estratégias são altamente apreciadas e eficazes quando são dirigidas para as mentes férteis e receptivas das crianças, por isso devem ser consideradas como parte de técnicas comportamentais psicológicas na área da Odontopediatria destinada para que o paciente adquira experiências clínicas mais agradáveis em um ambiente de maior confiança e tranquilidade.

Ratson et al. (2016) avaliaram e compararam os níveis de ansiedade entre pais criados em um kibutz e criados na cidade, cujos filhos receberam tratamento odontológico; examinaram o efeito de condição socio econômica, e a capacidade dos pais de avaliar o comportamento de seus filhos no consultório odontológico. Setenta e quatro pais, 44 de um kibutz e 31 que vivem em uma cidade compuseram a população do estudo. A ansiedade odontológica foi avaliada usando a Escala de Ansiedade Dental de Corah E Inquérito de Medo Dental de Kleinknecht. Não encontraram diferença no nível de ansiedade entre os pais membros do kibutz e os pais da cidade. O gênero não teve influência significativa nos níveis de ansiedade entre pais. Concluíram que a

ansiedade das crianças pode ser igualmente influenciada por ambos os pais. Pais com baixos níveis de ansiedade dentária tendem a prever um bom comportamento de seus filhos na clínica odontológica.

Mendonça et al. (2016) avaliaram a associação entre as características pré-operatórias e a dor durante o tratamento odontopediátrico sob sedação. O estudo foi realizado com 27 crianças que foram submetidas ao tratamento restaurador sob sedação oral (Midazolam, Dormire®). Informações como gênero, experiência no tratamento odontológico foram obtidas por meio de perguntas aos pais, e a dor durante o tratamento foi avaliada por vídeos feitos durante o tratamento odontológico. A maioria das crianças 51% não apresentou dor durante o tratamento sob sedação, e foram observados escores de dor baixos ou moderados. Neste grupo de crianças, a dor durante tratamento odontológico sob sedação foi pouco observada, de baixa intensidade e não se associou a idade, gênero, condição bucal e experiência odontológica anterior.

Simões et al. (2016) avaliaram a percepção dos pais a respeito das técnicas de manejo do comportamento infantil utilizadas em Odontopediatria antes e após explicação das mesmas. O estudo foi realizado com 38 responsáveis por crianças na faixa etária de zero a 12 anos, sendo 31 mães e sete pais, selecionados em uma clínica de Odontopediatria. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico contendo questões como idade, nível de escolaridade, profissão, gênero, raça. Os pais assistiram a uma gravação de técnicas de manejo do comportamento infantil, sendo: dizer-mostrar-fazer, controle de voz, reforço positivo, presença ou ausência dos pais, modelo, mão-sobre-a-boca, contenção passiva, contenção ativa e sedação. Assistiram uma vez sem explicação, e uma segunda vez com explicações sobre as técnicas.

Observaram que as técnicas não restritivas (dizer-mostrar-fazer e reforço positivo) tiveram altos índices de aceitação, tanto antes quanto após as explicações, e as restritivas (mão-sobre-a-boca, contenção passiva e ativa) índices baixos de aceitação. Na técnica de mão sobre a boca a aceitação subiu de 34,2% para 68,5% após as explicações. Concluíram que é importante uma explicação prévia à aplicação das técnicas de comportamento viabilizando uma conduta correta durante atendimento odontopediátrico.

Boka et al. (2016) realizaram um trabalho com o objetivo de observar o comportamento psicológico de ansiedade e comportamento cooperativo antes e durante a anestesia local, e a relação de ansiedade dos pais com relação ao comportamento dos filhos. Avaliaram 100 crianças de quatro a 12 anos, e seus pais, que responderam questionários antes e durante a anestesia local, o comportamento da criança foi pontuado por um examinador experiente, usando a escala de Venham. Observaram que não houve correlação entre a ansiedade dos pais e dos filhos. Concluíram que o funcionamento psicológico da criança esteve relacionado à ansiedade e comportamento durante a consulta odontológica envolvendo anestesia local.

Kamel et al. (2017) avaliaram o impacto de imagens positivas versus imagens neutras sobre o comportamento da criança durante o tratamento odontológico e sua ansiedade após o tratamento odontológico. Sessenta pacientes com quatro a seis anos de idade, indicados para pulpotomia e restaurações de coroa de aço inoxidável, foram divididos aleatoriamente em dois grupos iguais. Grupo I (grupo experimental visualizou imagens dentárias positivas e grupo II (grupo controle) visualizou imagens neutras de desenhos animados antes do tratamento. Dez imagens positivas foram mostradas para

as crianças do grupo I e dez imagens neutras de desenhos animados foram mostradas para as crianças do grupo II, por 10-15 minutos, enquanto aguardavam tratamento. O comportamento foi avaliado usando a escala de avaliação de Frankl nas quatro fases do tratamento: sentar na cadeira odontológica, administração de anestesia local, pulpotomia e avaliação geral. Foi determinado de acordo com o teste de Venham (VPT) antes e após o procedimento odontológico. Os resultados mostraram que ao comparar o comportamento infantil nos grupos I e II durante os procedimentos de tratamento, não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos, nem em cada categoria, nem na classificação geral do procedimento. Concluíram que a visualização de imagens dentais positivas ou neutras não afetou o nível de ansiedade antecipatória da criança, entretanto qualquer tipo de imagem foi um método eficaz de melhorar o comportamento em crianças.

Doganer et al. (2017) avaliaram as possíveis associações entre a ansiedade, o medo odontológico e os fatores preditores dessas interações, incluindo características demográficas e história odontológica dos pacientes, atendidos no centro odontológico de Ankara, Turquia. Participaram do estudo 607 indivíduos, identificaram a associação entre o medo odontológico e as variáveis independentes, incluindo ansiedade, grupos etários, nível de escolaridade, frequência de consultas odontológicas, experiência e a fonte do conhecimento odontológico. Os resultados mostraram que maiores escores de medo odontológico têm uma predisposição de ter altos escores de ansiedade traço; experiências odontológicas desagradáveis aumentaram o risco de altos níveis de medo, pacientes com medo tendiam apenas a ir ao dentista quando necessário, evitando visitas regulares. Concluíram que os dentistas devem ser informados que os pacientes com ansiedade-traço tendem a ter mais medo dos serviços odontológicos e

provavelmente evitar visitas preventivas; as orientações aos pacientes ansiosos devem abordar a importância de visitas preventivas; e depois que um paciente ansioso tiver uma experiência desagradável, esforços especiais de divulgação podem ser indicados para incentivar os serviços preventivos.

Busato et al. (2017) avaliaram a influência da ansiedade das mães na ansiedade de seus filhos durante o atendimento odontológico. Participaram do estudo 40 pares mãe-filho em tratamento odontológico. Os dados para investigar a ansiedade relacionada ao tratamento odontológico entre as crianças foram coletados através da aplicação da escala Venham Picture Test (VPT). Para as mães, a escala de Corah foi aplicada. Também foi utilizado um questionário com perguntas sobre variáveis demográficas, comportamentais, saúde bucal e serviço odontológico. Os resultados mostraram que 40% das crianças estavam ansiosas e 60% das mães estavam ligeiramente ansiosas. A anestesia local foi o procedimento que causou mais ansiedade entre as mães, tornando-as um pouco desconfortáveis e ansiosas (60%). A ansiedade materna influenciou a ansiedade da criança (81,3%). Concluíram que a maioria das crianças apresentou alguma ansiedade, variando de sentimentos de medo de sentimentos de pânico em relação ao atendimento odontológico; a maioria das mães estava ligeiramente ansiosa e o procedimento odontológico que causou mais ansiedade foi a expectativa de anestesia local; mães com maior renda familiar eram mais ansiosas; a ansiedade materna teve influência na ansiedade infantil.

Boka et al. (2017) avaliaram a condição bucal e medo odontológico de crianças na cidade de Thessaloniki, Grécia. Realizaram um estudo com crianças de escolas públicas primárias, e com pacientes da clínica odontológica de Pós-graduação da Universidade Aristóteles de Salónica, Grécia. Observaram que 3,6% das crianças

apresentaram índices elevados de medo, que pode levar a sérios problemas de manejo durante o tratamento odontológico, e que a maioria dos pacientes em idade escolar não sofriam de medo, não apresentando problemas de manejo comportamental. Citaram ainda que crianças com mais superfícies de dentes decíduos restaurados apresentaram menos medo, e isso podia ser devido à familiaridade das crianças, uma vez que restauração significa exposição prévia ao tratamento ajudando a reduzir ou prevenir o medo odontológico.

Berge et al. (2017) avaliaram o efeito de cinco sessões de terapia cognitivo-comportamental para pacientes de 10 a 16 anos de idade com fobia de anestesia odontológica. Todos os pacientes receberam a mesma terapia realizada por psicólogos e dentistas especialmente treinados. Observaram que a terapia teve um efeito significativo nos pacientes em comparação com nenhum tratamento. Os resultados foram mantidos em um ano de acompanhamento. Dos 67 pacientes, 70,1% receberam anestesia intrabucal durante a terapia, enquanto que 69,4% daqueles que completaram a terapia, conseguiram receber as injeções intrabucais necessárias em seu dentista regular. Concluíram que a população avaliada, com diagnóstico de fobia por anestesia odontológica se beneficiaram positivamente com a terapia realizada por profissionais especialmente treinados.

Barbério em 2017 avaliou a confiabilidade e validade da versão brasileira do questionário "Children's fears survey schedule-dental subscale" para avaliação do medo e ansiedade ao tratamento odontológico de crianças. Aplicou o questionário em 36 crianças, previamente ao tratamento. Citou que os procedimentos odontológicos apontados como causadores do medo foram a anestesia e alta rotação, que pode estar ligado a experiência de dor, pois crianças pequenas não demonstraram medo da

anestesia local, o que pode significar que não reagiram negativamente às injeções, mas quando a técnica envolvia dor. Concluiu que os questionários apresentaram confiabilidade, e permitiram distinguir as crianças que tem ou não ansiedade odontológica e a necessidade de encaminhamento a um centro especializado.

4 DISCUSSÃO

A Odontologia trabalha incessantemente na prevenção de cárie dentária, entretanto o tratamento curativo sempre se faz necessário, o que aparece na literatura como gerador de ansiedade e medo nas crianças, assim, Ulhoa et al. (2015) citaram a necessidade de entender o medo, buscar suas origens e características pois assim o dentista irá interagir com o seu paciente como um todo se preocupando tanto com seus problemas bucais quanto com o seu lado humano e emotivo, concordando com Ferreira (2012) que citou a importância de uma boa comunicação entre o paciente e o dentista, com consultas preventivas para minimizar as patologias bucais e a ocorrência de procedimentos invasivos e dolorosos gerando assim uma menor ansiedade durante o tratamento. Já Fioravante e Marinho-Casanova (2009) afirmaram que o tipo de atendimento tem influência sobre o comportamento de crianças e dentistas, sendo importante para a formação dos Odontopediatras o fornecimento de informações sobre os princípios que regem o comportamento humano e o ensino de estratégias comportamentais de manejo do comportamento infantil.

Diferentes autores estudaram as causas do medo de dentista, Moraes (1999) observou que ele pode se desenvolver diretamente, com o contato direto com o tratamento odontológico ou indiretamente, através de outras pessoas, como por exemplo os pais ou outros indivíduos que tiveram uma experiência traumática, passando experiências negativas; Pai et al. (2015) concluíram que quanto mais invasivo e quanto mais demorado o procedimento a ser realizado, há um aumento na prevalência de problemas comportamentais; Ulhoa et al. (2015) relataram que o medo

está ligado às atitudes e experiências familiares e também fazem parte dos momentos pós e transoperatórios e procedimentos invasivos como a utilização de anestesia e de alta rotação. Doganer et al. (2017) afirmaram que o medo e a ansiedade faz com que os indivíduos não compareçam para consulta preventiva, e destacaram que o medo odontológico varia de acordo com o “nível de escolaridade, frequência de consultas odontológicas, experiência e a fonte do conhecimento odontológico”, e também mencionaram que experiências negativas e dolorosas aumentam o risco de um alto nível de ansiedade, fazendo com que os pacientes que sofrem com este problema evitem consultas preventivas e assim só vão ao dentista apenas quando já têm um problema mais grave a ser resolvido.

Corroborando com esse assunto, Corrêa (2009) chegou à conclusão de que o comportamento da mãe pode fazer com que a consulta seja um sucesso ou um fracasso. Sendo assim, para que haja sucesso e com isso gere menos problemas para a criança, a mãe deve agir até determinados limites, pois somente sua presença na consulta gera um conforto maior para a criança, mas ela deve sempre se mostrar confiante com o trabalho do dentista e não manifestar seu instinto de proteção no momento de medo que o filho passa. Busato et al. (2017) ressaltaram através de testes aplicados à mães e filhos, que a ansiedade da mãe afeta diretamente a criança. Além disso, cita que a aplicação de anestesia local foi o fator que mais gerou ansiedade entre as mães.

Singh (2000) avaliou 364 crianças e concluiu que a maior causa do medo é o tratamento anterior utilizando anestesia, as crianças que foram submetidas ao tratamento sem anestesia tiveram uma tranquilidade maior a próxima consulta odontológica do que as que precisaram ser anestesiadas. Corroborando com o assunto,

Pai et al. (2015) realizaram um experimento com crianças de sete a onze anos, e três fatores foram preditos significativos para justificar a causa do medo, como por exemplo a idade, história de internação hospitalar e a experiência desagradável anterior no dentista. A duração do tratamento também interfere no comportamento da criança. Barberio et al. (2017) também apoiando o assunto, aplicaram um questionário com 36 crianças no qual concluíram que a maior causa de ansiedade e medo nos pacientes foi a utilização de alta rotação e anestesia local o que pode estar relacionado com a experiência de dor.

Em seu estudo, Singh (2000) afirma que “medos infantis inicialmente normais podem persistir por longos períodos e produzir diversos problemas para a criança e para sua família.” Portanto o dever do Odontopediatra é proporcionar a melhor experiência possível para a criança em suas primeiras consultas. Assim, com o objetivo de minimizar e prever comportamentos negativos durante as consultas, Marques et al. (2010) investigaram os fatores causadores de medo e ansiedade em criança previamente à consulta odontológica, com testes que demonstravam o estado emocional da criança no momento do atendimento, através de desenhos que eram feitos ou escolhidos por elas. Com isso observaram que a maioria das crianças tem um grau elevado de ansiedade previamente a consulta odontológica, que é causado principalmente por motor de alta rotação, extração dentária e roupa branca, confirmando a importância do preparo psicológico para que se tenha uma consulta favorável.

Klatchoian et al. (2010) continuam com a ideia de que o preparo psicológico é fundamental, trazendo as 3 bases essenciais da comunicação não-verbal com o paciente infantil, que são: "Eu vejo você como um indivíduo e atenderei às suas

necessidades como tal"; "Eu estou completamente preparado e sou altamente qualificado"; "Eu sou capaz de te ajudar e não farei nada para te ferir desnecessariamente". As quais, se seguidas aumentam as chances de ter a confiança da criança e conseqüentemente haja uma boa consulta. Concordando com Gonzales et al. (2016) que citaram que a falta de cooperação dos pacientes odontopediátricos pode impedir que se alcance os objetivos previstos no tratamento. Com isso, buscando alternativas para um maior sucesso nas consultas, apresentaram a biblioteca de brinquedos, onde as crianças passam previamente à consulta odontológica e participam de atividades de entretenimento que estimulam a compreensão e capacidade de aprendizagem, para que o paciente adquira experiências clínicas mais agradáveis em um ambiente de maior confiança e tranquilidade.

Seguindo a ideia de melhorar o comportamento das crianças durante o atendimento odontológico, Kaur et al. (2015) avaliaram os auxiliares de distração audiovisuais no tratamento odontológico e chegaram a conclusão de que eles possibilitam que haja uma consulta mais agradável com crianças ansiosas. De acordo com suas pesquisas, os auxiliares audiovisuais são melhores que apenas os auditivos, porém os dois podem ser considerados uma boa alternativa no manejo de pacientes ansiosos. Além disso, citaram também que o nível de cooperação desses pacientes, depende do tipo de procedimento a ser realizado.

Outro estudo (Kamel et al.,2017) realizado com crianças, analisou se havia mudanças no comportamento delas após receberem imagens neutras e imagens positivas previamente à consulta, e não houve diferença em relação à melhora ou piora de comportamento entre os grupos que receberam imagens diferentes, mas que tanto as neutras como as positivas têm o mesmo impacto positivo, melhorando o

comportamento infantil durante o tratamento. Já o estudo de Simões et al. (2016), avaliou a percepção dos pais a respeito das técnicas de manejo comportamental. Eles assistiram diversas técnicas, entre elas restritivas (contenção passiva e ativa) e não restritivas (dizer-mostrar-fazer) e chegaram à conclusão de que as não restritivas tiveram o maior índice de aceitação, melhorando o relacionamento entre pais e profissional. Outra forma de manejo do comportamento foi apresentada por Mendonça et al. (2016) em que avaliaram o tratamento odontológico sob sedação oral (Midazolam Dormire®) e puderam concluir que foi eficaz, diminuindo o nível de dor em tratamentos restauradores.

Considerando a importância e a necessidade do tratamento odontológico infantil, é fundamental que o dentista conheça o perfil do paciente a ser atendido, seus medos, seu comportamento, as técnicas de manejo e preparo psicológico, visando um atendimento de qualidade, a saúde bucal e saúde geral da criança, durante seu crescimento e desenvolvimento, sendo relevantes novos trabalhos relacionados ao manejo da criança durante o tratamento odontológico.

5 CONCLUSÃO

Os procedimentos citados na literatura como geradores de medo ao tratamento odontológico nas crianças foram anestesia, alta rotação, extração dentária, experiências anteriores da própria criança ou de relatos de outras pessoas.

REFERÊNCIAS

- Moraes ABA. Psicologia e Saúde Bucal: circunscrevendo o campo. In: KERBAUY, R.R. *Comportamento e Saúde: explorando alternativas*. Editora ARBytes, Santo André, 1999. Seção II, Cap. 5:61-83.
- Singh K A, Moraes ABA, BoviAmbrosano GM. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *PesqOdontBras* 2000; 14(2):131-136.
- Fioravante D P, Marinho-Casanova M L. Comportamento de crianças e de dentistas em atendimentos odontológicos profiláticos e de emergência. *Interação em Psicologia* 2009; 13(1):147-154.
- Klatchoian DA, Noronha JC, Toledo OA. Adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. In: Massara M, Rédua PCB. *Manual de referência para procedimentos clínicos em Odontopediatria*. São Paulo: Santos, p. 49-71, 2010.
- Marques KBG, Gradvohl MPB, Maia MCG. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. *RevBras Promoção da Saúde* 2010; 23(4):358-367.
- GOES, M. P. S. et al. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. *Odontol. Clín.-Cient.*, Recife, 9 (1): 39-44, jan./mar., 2010.
- Ferreira M. Odontologia preventiva na primeira infância: uma alternativa para se evitar o medo e a ansiedade relacionados ao tratamento odontológico. Trabalho de conclusão de curso da Universidade Federal de Minas Gerais, 2012, 49p.
- Castro AM, Oliveira FS, Paiva Novaes MS, Ferreira A, CUNHA D. Behaviorguidancetechniques in pediatricdentistry: attitudesofparentsofchildrenwithdisabilitiesandwithoutdisabilities. *SpecCareDentist* 2013;
- CORRÊA, M. S. Odontopediatria na primeira infância. Santos, ed. 3, 2009.
- Kaur R. et al. Comparativeevaluationoftheeffectivenessofaudioand audiovisual distraction aids in the management ofanxiouspediatric dental patients. *J IndianSocPedodPrevDent* 2015; 33(3): 192-203.
- Pai R, Mandroli P, Benni D, Pujar P. Prospectiveanalysisoffactorsassociatedwith dental behavior management problems, in childrenaged 7-11 years. *J IndianSocPedodPrevDent* 2015; (33): 312-318.
- Ulhoa M, et al. Medo de dentista: uma proposta para redução da ansiedade odontológica / Dentistfear: a proposaltoreduce dental anxiety. *Roplac* 2015; 5(2): 35-41.

- Al-Khotani A, Bello LAA, Christidis N. Effects of audiovisual distraction on children's behaviour during dental treatment: a randomized controlled clinical trial. *Acta Odontol Scand* 2016; 74(6):494-501.
- Kilinc G et al. Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. *Braz Oral Res* 2016; 30(1):18.
- Amaral A L, Barreto RA. Psicologia e Odontopediatria: entre pedaços e/ou relações? In: Correa MSNP. *Odontopediatria na primeira infância*. 3 ed. São Paulo: Santos. 923p.
- Ferreira HACM, Oliveira AMG. Ansiedade entre crianças e seus responsáveis perante o atendimento odontológico. *Rev Odontol Univ Cid São Paulo* 2016; 29(1): 6-17.
- Mishra G, Thakur S, Singhal P, Ghosh SN, Chauhan D, Jayam C. Assessment of child behavior in dental operatory in relation to sociodemographic factors, general anxiety, body mass index and role of multimedia distraction. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2016; 34(2):154-159.
- Gonzales B et al. La sala lúdica: un complemento de la clínica dental pediátrica universitaria. *Rev ADM* 2016; 73(1): 44-48.
- Ratson T, Blumer S, Peretz B. Dental anxiety of parents in an israeli kibbutz population and their prediction of their children's behavior in the dental office. *J Clin Pediatr Dent* 2016; 40(4):306-311.
- Mendonça JGA, Daher A, Corrêa-Faria P, Costa LR. Is pain during pediatric dental sedation associated with children's pre-operative characteristics? An exploratory study. *Rev. Odontol. UNESP* 2016; 45(5): 297-301.
- Simões FXPC, Macedo TG, Coqueiro RS, Pithon MM. Percepção dos pais sobre as técnicas de manejo comportamental utilizadas em Odontopediatria. *Rev Bras Odontol* 2016; 73(4): 277-282.
- Boka V, Arapostathis K, Kotsanos N, Karagiannis V, Van Loveren C, Veerkamp J. Relationship between child and parental dental anxiety with child's psychological functioning and behavior during the administration of local anesthesia. *J Clin Pediatr Dent* 2016; 40(6): 431-437.
- Kamel D et al. Comparison between positive dental images and neutral images in managing anticipatory anxiety of children. *J Clin Pediatr Dent* 2017; 41(2):116-119.
- Doganer YC. Does the trait anxiety affect the dental fear? *Braz Oral Res* 2017; 31: e36.
- Busato P et al. Influence of maternal anxiety on child anxiety during dental care: cross-sectional study. *São Paulo Med J* 2017; 135(2): 116-122.

Boka V, Arapostathis K, Karagiannis V, Kotsanos N, VanLoveren C, Veerkamp J. Dental fear and caries in 6-12 year old children in Greece. Determination of dental fear cut-off points. *Eur J Paediatr Dent* 2017; 18(1): 45-50.

Berge KG, Agdal ML, Vika M, Skeie MS. Treatment of intra-oral injection phobia: a randomized delayed intervention controlled trial among Norwegian 10- to 16-year-olds. *Acta Odontol. Scand* 2017; 75(4): 294-301.

Barberio GS. *Confiabilidade e validade do questionário "Children's fears survey schedule-dental subscale" para avaliação do medo e ansiedade ao tratamento odontológico de crianças.* Tese (Doutorado) Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. 2017, 74p.

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial desta obra, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Mayra dos Santos Ribeiro
Victória Carvalho Gonçalves

Taubaté, novembro de 2018