

Análise da ansiedade e medo em odontopediatria

Analysis of anxiety and fear in pediatric dentistry

DOI:10.34117/bjdv8n5-118

Recebimento dos originais: 21/03/2022

Aceitação para publicação: 29/04/2022

Micheli Oliveira Gomes Camacho

Cirurgiã-dentista graduada pela Universidade de Fortaleza
Instituição: Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza
Endereço: Av. Washington Soares, 1321 - Bloco O Bairro Edson Queiroz
CEP: 60.811 Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: mi_cheli2@hotmail.com

Maria da Glória Almeida Martins

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte
(UFRN)
Instituição: Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza
Endereço: Av. Washington Soares, 1321 - Bloco O Bairro Edson Queiroz
CEP: 60.811- Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: gloriarmartins@unifor.br

Grace Sampaio Teles da Rocha

Doutorado em Ciências Odontológicas, área de concentração Odontopediatria pela
Universidade de São Paulo (USP)
Instituição: Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza
Endereço: Av. Washington Soares, 1321 - Bloco O Bairro Edson Queiroz
CEP: 60.811- Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: graceteles@unifor.br

Paula Borges Jacques

Doutora e Mestre em Ciências Odontológicas, área de concentração Odontopediatria,
pela Universidade Estadual Paulista (UNESP – Araraquara)
Instituição: Curso de Odontologia da Universidade de Fortaleza
Endereço: Av. Washington Soares, 1321 - Bloco O Bairro Edson Queiroz
CEP: 60.811- Fortaleza - CE - Brasil
E-mail: paulajacques@unifor.br

RESUMO

O objetivo do estudo foi analisar, por meio de instrumento simplificado (IS), a ansiedade e o medo da criança antes e após atendimento Odontopediátrico. Trata-se de um estudo observacional realizado em 2018 em uma Universidade privada em Fortaleza, no qual se aplicou o teste Venham Picture Test Modificado (IS) em 30 crianças de 5 a 10 anos, na sala de espera para avaliar sua ansiedade e após o atendimento odontopediátrico para avaliar seu medo. As crianças analisaram 5 desenhos com emoções do personagem Cookie (IS) e escolheram o que os representassem naquele momento. Aos responsáveis se aplicou questionário sociodemográfico e o teste Dental Anxiety Scale para avaliar o grau de ansiedade. Analisaram-se os dados por meio dos testes qui-quadrado de Pearson

e exato de Fisher, com $p \leq 0,05$. O sexo feminino (26,3%; $n = 5$) apresentou maior ansiedade do que o masculino ($p = 0,082$). 16 crianças apresentaram algum grau de ansiedade quando suas mães estavam ansiosas ($p = 0,283$). 76,7% ($n = 23$) das crianças estavam felizes antes do atendimento clínico e 70% ($n = 21$) mantiveram-se felizes. 22,7% das crianças apresentaram-se ansiosas quando a renda era menor que 1 salário-mínimo. Das 5 crianças que se apresentaram ansiosas nenhuma teve medo, quando se relacionou a ansiedade com o medo ($p = 0,286$). Apesar de não haver relação entre a ansiedade e o medo das crianças avaliadas, observou-se tendência de a criança apresentar ansiedade e medo quando seus pais ou responsáveis estavam ansiosos ou família com renda inferior a um salário-mínimo.

Palavras-chave: ansiedade, medo, odontopediatria.

ABSTRACT

To analyze, through a simplified instrument (SI), the anxiety and fear of the child before and after Pediatric care. Observational study, conducted at the University of Fortaleza, from February to April 2018. The Venham Picture Test Modified was applied in 30 children aged 5 to 10 years in the waiting room to evaluate the anxiety and after the care to assess the fear. The children analyzed 5 cartoon drawings of the character Cookie and chose what represented them at that time. A sociodemographic questionnaire and Dental Anxiety Scale test were used to assess the degree of anxiety. The collected data were placed in the program Statistical Package for the Social Sciences version 16.0 and used the tests of the chi-square of Pearson and the exact test of Fisher, $p \leq 0,05$. The female sex (26.3%; $n = 5$) presented higher anxiety than the male ($p = 0.082$). 16 children presented some degree of anxiety when their mothers were anxious ($p = 0.283$). 76.7% ($n = 23$) of the children were happy before clinical care and 70% ($n = 21$) remained happy. 22.7% of the children were anxious when income was less than 1 minimum wage. Of the 5 children who were anxious, none were afraid when anxiety was related to fear ($p = 0.286$). Although there was no relationship between the anxiety and fear of the children evaluated, there was a tendency for the child to present anxiety and fear when their parents or guardians were anxious or family with income below one minimum wage.

Keywords: anxiety, fear, pediatric dentistry.

1 INTRODUÇÃO

Um dos desafios do atendimento odontológico infantil é o condicionamento da criança frente à ansiedade e ao medo, sendo estes definidos como conjunto de sentimentos negativos provocados pelo atendimento odontológico⁽¹⁾.

O medo, apesar de ajudar as crianças em suas descobertas, pode causar traumas que permanecem durante toda a vida interferindo em seu tratamento odontológico. Existem dois tipos de medo, o objetivo, quando o paciente já passou pela experiência, e o subjetivo, quando é causado pelo relato de experiência de outros, principalmente dos pais e familiares⁽²⁾. Já a ansiedade infantil afeta a conduta do pequeno paciente e em sua assistência odontológica, podendo aumentar com as experiências anteriores no

consultório odontopediátrico. A faixa etária, a experiência dos pais e o contexto sociocultural são fatores relacionados à ansiedade da criança, contudo sua etiologia não é totalmente definida⁽³⁾.

Aconselham-se visitas ao Odontopediatra logo nos primeiros meses de vida do bebê para que este se familiarize com o ambiente, previnam-se doenças, mantenha-se a saúde bucal, e com isso, ele consiga um melhor comportamento durante o atendimento odontológico⁽⁴⁾. A relação da criança com seus acompanhantes, auxiliar e cirurgião-dentista pode ajudar a diminuir as emoções negativas, especialmente se o profissional tiver habilidades de se comunicar com o paciente infantil, porém, a presença de acompanhante no momento dos procedimentos pode atrapalhar na cooperação do paciente infantil, pois se o acompanhante estiver ansioso é provável que estimule o mesmo comportamento na criança⁽²⁾.

A escala de ansiedade dental (*Dental Anxiety Scale – DAS*) avalia o grau de ansiedade dos adultos em relação a experiências vivenciadas no tratamento odontológico através de quatro perguntas com cinco alternativas quantificadas de 1 a 5 pontos⁽⁵⁻⁷⁾. Já o teste *VPT (Venham Picture Test)* avalia o grau de ansiedade da criança através de oito figuras para que esta mostre com qual se identifica no momento prévio à entrada ao consultório para atendimento⁽⁴⁾. É relevante analisar o grau de ansiedade do paciente infantil prévio à entrada para a consulta odontológica assim como o medo durante o atendimento odontológico, pois a interpretação que o profissional faz do comportamento da criança é que vai orientá-lo de que forma realizará os procedimentos com sucesso^(4,8). Justifica-se, assim, o presente trabalho porque há poucos relatos na literatura nacional que tenham analisado a ansiedade prévia ao atendimento e o medo após o atendimento odontológico em pacientes infantis.

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi analisar, por meio de instrumento simplificado, a ansiedade e o medo da criança antes e após atendimento Odontopediátrico.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal, quantitativo, descritivo e integrante de um projeto contínuo, sendo este a segunda parte do mesmo. Esta pesquisa foi realizada com 30 crianças de ambos os sexos na clínica odontológica infantil e 30 responsáveis na recepção de um curso de Odontologia de uma Universidade da cidade de Fortaleza, Ceará, de Fevereiro a Abril de 2018.

Os responsáveis e as crianças foram convidados a participarem do estudo quando estavam na recepção, por uma examinadora treinada que explicou sobre a pesquisa, obtendo-se, assim, a amostra por conveniência para a realização da pesquisa. Os pais ou responsáveis que aceitaram participar do presente estudo receberam e assinaram dois termos de consentimento livre e esclarecido - TCLE, um para si e outro autorizando a criança a participar. As crianças que concordaram em fazer parte do estudo assinaram o Termo de Assentimento do Menor.

Como critérios de inclusão, consideraram-se crianças que estavam acompanhadas pelos seus pais ou responsáveis, encontravam-se na faixa etária de 5 a 10 anos e tinham cadastro e prontuário no curso de odontologia da referida Universidade. Excluíram-se as crianças que não estivessem dentro da faixa etária selecionada, que não fossem cadastradas nem tivessem prontuário, que não estivessem acompanhadas pelos pais ou responsáveis no momento da avaliação, que não demonstraram interesse nem vontade em fazer parte do estudo e as que não tinham compreensão cognitiva ou apresentavam deficiência de desenvolvimento, e, ainda, aquelas cujos pais ou responsáveis não permitiram a sua participação se negando assinar o TCLE.

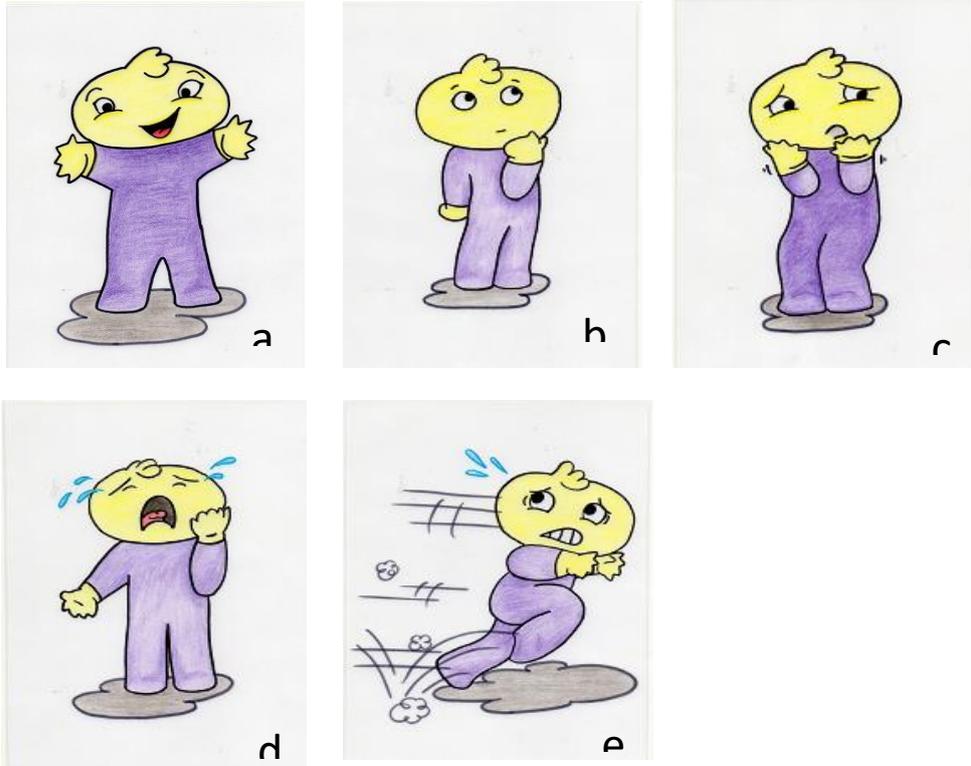
Os pais ou responsáveis, após a explicação e assinatura dos TCLE, responderam a um questionário sociodemográfico, o ENCCEJA, o qual contém perguntas fechadas acerca de sexo, escolaridade, tipo de moradia e renda da família⁽⁹⁾. Em seguida, responderam à escala *Dental Anxiety Scale – DAS*, modificada e adaptada para o português, que contém quatro questões com cinco alternativas cada, sobre experiências no tratamento odontológico para avaliar se o grau de ansiedade se apresenta nulo, baixo, moderado ou exacerbado⁽⁵⁻⁷⁾.

Aplicou-se aos pacientes infantis o teste *Venham Picture Test – VPT* modificado⁽¹⁰⁾ para o estudo, utilizando um personagem infantil lúdico com o nome de *Cookie* (Figura 1), que não apresenta raça nem sexo, de forma colorida, em que a criança observa cinco desenhos com diferentes emoções do personagem (feliz, indiferente, assustado, chorando e fugindo) para então, escolher uma figura com a qual se identifica naquele momento, representando o que está sentindo. O *Cookie* possui esse nome devido ao formato de seu rosto lembrar um biscoito, tendo sido elaborado e diagramado em estudo anterior, pois foi reduzido o número de opções de desenhos do teste original no intuito de facilitar a análise e a observação realizadas pela criança⁽¹⁰⁾.

No presente estudo, a observação do *Cookie*⁽¹⁰⁾ foi realizada duas vezes pela criança, a primeira vez na recepção antes de entrar na clínica odontológica infantil, no

intuito de se captar a ansiedade infantil, e a segunda vez no momento após a sua consulta na mesma clínica odontológica infantil, no intuito de se observar o medo da criança.

Figura 1 - Personagem *Cookie*⁽¹⁰⁾. * a: feliz, b: indiferente, c: assustado, d: chorando, e: fugindo.



As crianças, após participarem da atual pesquisa, realizaram e concluíram os seus devidos tratamentos na Clínica Odontológica Infantil. O estudo recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, obedecendo aos princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, sob Parecer Nº. 1.104.626.

Os dados coletados do questionário ENCCEJA, escala *DAS* e do *Cookie* foram inseridos na base de dados do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 16.0, sendo analisados por meio dos testes qui-quadrado de *Pearson* e exato de *Fisher*, considerando-se significativo o valor de $p \leq 0,05$.

3 RESULTADOS

O presente estudo analisou 30 crianças de 5 a 10 anos de idade, com média de idade de $7,3 \pm 1,7$, sendo todos moradores da zona urbana. Dos 19 pais ou responsáveis que trabalham ou já trabalharam, 13 trabalhavam no momento. Destes, a decisão de trabalhar estava relacionada a: ajudar nas despesas da casa e/ou sustentar a família (11

peçoas), de acordo com questionário sociodemográfico ENCEJA 2013. A maioria (n=11; 84,6%) iniciou a trabalhar adolescente, sendo 61,5% entre 14 e 16 anos. A carga horária semanal de trabalho dos responsáveis, na categoria “sem horário fixo” ou “menos de 10 horas semanais” foi a mais prevalente, com 69,2% (9 pessoas). A descrição sociodemográfica encontra-se apresentada na Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição sociodemográfica dos responsáveis de acordo com o Questionário ENCEJA 2013 e o sexo das crianças. Fortaleza/CE, 2018.

Variáveis	n	%
Sexo		
- masculino	11	36,7
- feminino	19	63,3
Quantos moram na casa		
- 1 a 3	6	20,0
- 4 a 7	23	76,6
- 8 a 10	1	3,4
Tipo de moradia		
- própria	23	76,7
- alugada	7	23,3
Escolaridade paterna*		
- Não estudou	4	20,0
- E Fundamental 1	10	50,0
- E Fundamental 2	3	15,0
- E Médio	1	5,0
- E Superior	2	10,0
Escolaridade materna*		
- Não estudou	7	30,4
- E Fundamental 1	7	30,4
- E Fundamental 2	5	21,8
- E Médio	2	8,7
- E Superior	2	8,7
Renda familiar		
- até 1 SM	22	73,3
- 1 a 3 SM	8	26,7
Renda pessoal		
- sem renda	17	56,7
- até 1 SM	12	40,0
- 1 a 3 SM	1	3,3
Trabalha		
- sim	19	63,3
- não	11	36,7

* E: ensino; SM: salário mínimo. Escolaridade materna e Escolaridade paterna: os que informaram não saber a escolaridade não foram considerados para efeito de análise estatística.

Em relação ao grau de ansiedade, o presente estudo encontrou 76,7% (n=23) crianças felizes antes dos atendimentos clínicos e que 70% (n=21) delas mantiveram-se

felizes após o atendimento clínico odontológico, enquanto 20% (n=6) dos seus responsáveis encontravam-se com a ansiedade exacerbada. A Tabela 2 apresenta a análise descritiva do grau de ansiedade das crianças e dos seus responsáveis e o medo das crianças após atendimento clínico.

Tabela 2 - Descrição do grau de ansiedade e do medo das crianças e grau de ansiedade dos responsáveis. Fortaleza/CE, 2018.

Grau de Ansiedade e Medo	n (%)
Grau de ansiedade das crianças (Cookie)	
- feliz	23 (76,7)
- indiferente	2 (6,7)
- assustado	3 (10,0)
- chorando	1 (3,3)
- fugindo	1 (3,3)
Grau de medo das crianças (Cookie)	
- feliz	21 (70,0)
- assustado	1 (3,3)
- chorando	7 (23,3)
- fugindo	1 (3,3)
Grau de ansiedade dos responsáveis (Escala Dental Anxiety Scale)	
- baixa	14 (46,7)
- moderada	10 (33,3)
- exacerbada	6 (20,0)

No que se refere à associação entre o grau de ansiedade do responsável e o grau de ansiedade da criança, observou-se que 16 crianças apresentaram algum grau de ansiedade quando suas mães estavam ansiosas, embora sem significância estatística ($p=0,283$). Após atendimento clínico, 5 crianças apresentaram algum grau de medo relacionado à ansiedade de seus responsáveis, também sem significância estatística ($p=0,873$). A Tabela 3 ilustra a associação do grau de ansiedade e medo das crianças relacionado à ansiedade dos seus responsáveis.

Tabela 3 - Distribuição da análise da associação entre grau de ansiedade do responsável e o grau de ansiedade e medo da criança. Fortaleza/CE, 2018.

Grau de ansiedade responsável	Grau de ansiedade criança		Valor-p
	Feliz/ indiferente n (%)	Assust/choro/fug n (%)	
Ansiedade baixa	8 (53,3)	7 (46,7)	0,283 ^a
Ans moderada / exacerbada	9 (36,0)	16 (64,0)	
Grau de ansiedade responsável	Grau de medo da criança		Valor-p
	Feliz/ indiferente n (%)	Assust/choro/fug n (%)	
Ansiedade baixa	10 (71,4)	4 (28,6)	0,873 ^b
Ans moderada / exacerbada	11 (68,8)	5 (31,3)	

* Teste do qui-quadrado de *Pearson* (a); teste exato de *Fisher* (b); ansiedade e medo das crianças analisado com o Cookie e ansiedade dos responsáveis analisado com escala DAS; Ans: ansiedade; Assust: assustado; choro: chorando; fug: fugindo.

No que se refere à associação entre o sexo e o grau de ansiedade das crianças, observou-se que todas as crianças do sexo masculino (100%) estavam felizes ou indiferentes, contra 73,7% das crianças do sexo feminino, embora mostre uma tendência sem significância estatística ($p=0,082$).

O presente estudo verificou também se o fato dos pais ou responsáveis trabalharem teria influência no grau de ansiedade das crianças, e encontrou que nos pais que não trabalham o grau de ansiedade esteve presente em 18,2% das crianças, e dentre os pais que trabalham, em 15,8% delas, embora sem significância estatística ($p=1,000$). Em relação à renda familiar, 22,7% das crianças apresentaram-se ansiosas quando a renda era menor que 1 salário mínimo e de 0,0% no grupo com renda de 1 a 3 salários mínimos, porém, sem significância estatística ($p=0,185$). A Tabela 4 explana a associação do grau de ansiedade da criança com o sexo das crianças e as variáveis sociodemográficas dos pais ou responsáveis.

Tabela 4 - Distribuição da análise da associação entre variáveis sociodemográficas do responsável, o sexo das crianças e o grau de ansiedade da criança. Fortaleza/CE, 2018.

Variáveis	Grau de ansiedade da criança		Valor-p
	Feliz/ indiferente n (%)	Assust/choro/fug n (%)	
Sexo das crianças			
- masculino	11 (100,0)	0 (0,0)	0,082
- feminino	14 (73,7)	5 (26,3)	
Trabalha (responsáveis)			
- sim	16 (84,2)	3 (15,8)	1,000
- não	9 (81,8)	2 (18,2)	
Renda familiar (responsáveis)			
- < 1 SM	17 (77,3)	5 (22,7)	0,185
- 1 a 3 SM	8 (100,0)	0 (0,0)	

* Teste exato de Fisher; SM: salário mínimo; Assust: assustado; choro: chorando; fug: fugindo.

Já a Tabela 5 apresenta que também não houve relevância estatística entre o medo da criança após o atendimento clínico, e as variáveis econômicas dos responsáveis e o sexo das crianças.

Tabela 5 - Distribuição da análise da associação entre variáveis sociodemográficas do responsável, o sexo das crianças e o grau de medo da criança. Fortaleza/CE, 2018.

Variáveis	Grau de medo da criança		Valor-p
	Feliz/ indiferente n (%)	Assust/choro/fug n (%)	
Sexo das crianças			
- masculino	7 (63,6)	4 (36,4)	0,429
- feminino	14 (73,7)	5 (26,3)	
Trabalha (responsáveis)			
- sim	14 (73,7)	5 (26,3)	0,429
- não	7 (63,6)	4 (36,4)	
Renda familiar (responsáveis)			
- < 1 SM	17 (77,3)	5 (22,7)	0,161
- 1 a 3 SM	4 (50,0)	4 (50,0)	

* Teste exato de Fisher; SM: salário mínimo; Assust: assustado; choro: chorando; fug: fugindo.

Por fim, analisou-se se havia relação entre o grau de ansiedade infantil prévio ao atendimento clínico e o medo da criança após este atendimento, encontrando-se que das 5 crianças que apresentaram algum grau de ansiedade, nenhuma veio a apresentar algum grau de medo, embora sem significancia estatística ($p=0,286$). A Tabela 6 apresenta esta associação.

Tabela 6 - Análise da associação entre o grau de ansiedade da criança e o medo da criança. Fortaleza/CE, 2018.

Variáveis	Grau de medo da criança		Valor-p
	Feliz/ indiferente n (%)	Assust/choro/fug n (%)	
Grau de ansiedade			
- Feliz/indiferente	16 (64,0)	9 (36,0)	0,286
- Assust/choro/fug	5 (100,0)	0 (0,0)	

* Teste exato de Fisher; Assust: assustado; choro: chorando; fug: fugindo.

4 DISCUSSÃO

A ansiedade odontológica das crianças pode ser relatada pelos pais e/ou observada no consultório por meio do comportamento e/ou presença de alguma sintomatologia como: dor de estômago, choro, gritos, suor nas mãos, pesadelos, tremores, bruxismo noturno e mal-estar^(11,12). Os pacientes infantis, para tentar delongar o atendimento odontológico, fazem várias perguntas ao cirurgião-dentista ou não abrem a boca⁽¹¹⁾.

Ao se associar por sexo, a ansiedade apresenta-se com maior prevalência no sexo masculino do que no feminino⁽¹³⁾, contudo, outros estudos mostram que não houve divergência entre os sexos⁽¹⁴⁾. O atual estudo mostra resultados semelhantes ao de outros autores em que o sexo feminino obteve ansiedade maior que o masculino^(10,15).

No presente estudo foi observado que 16 crianças apresentaram ansiedade quando seus responsáveis estavam ansiosos, semelhante a estudos em que os pais podem influenciar a ansiedade odontológica do filho^(10,11,16), como mostra um estudo feito no Brasil com crianças de 5 a 8 anos em que 52,8% dos pais, sem demonstração de ansiedade, tiveram filhos sem ansiedade dentária⁽¹⁷⁾. Com isso, os filhos de pais que sentiram confiança em deixá-los com os profissionais no consultório não demonstraram ansiedade odontológica, enquanto os que mostraram desconfiança tiveram 4,3 vezes maiores chances de apresentarem ansiedade⁽¹³⁾.

Crianças que não visitam regularmente seus Odontopediatras, que possuem comportamento negativo, sentiram dor durante um procedimento em sessões anteriores ou que só vão ao cirurgião-dentista quando estão com dor, têm medo e ansiedade dental significativamente maior^(18,19). A atual pesquisa refere que das 30 crianças que participaram do estudo apenas 9 saíram com certo grau de medo odontológico (36%).

Em relação às consultas Odontopediátricas, existem fatores que podem aumentar o medo infantil como: crianças pré-escolares, que já tiveram alguma experiência negativa,

receio dos profissionais, insegurança sem a presença dos pais, medo das anestésias (“injeções”), exodontias (“arrancar os dentes”), caneta de alta rotação (“barulho do motorzinho”)^(4,11,13,20). Um estudo que avaliou os graus de ansiedade de 32 crianças (17 meninos e 15 meninas) entre 4 a 9 anos por meio do teste VPTM (*Venham Picture Test Modificado*) verificou que 47% dos pacientes apresentaram-se livres de ansiedade, 41% com baixo nível de ansiedade, 9% com nível médio ansiedade e, 3% altamente ansiosos. As crianças com 4-5 anos mostraram-se pouco ansiosas e as de 7 a 9 anos mostraram-se livres de ansiedade, porém as de 6 anos dividiram-se igualmente em dois grupos, livres de ansiedade e baixo nível de ansiedade⁽⁴⁾.

A ansiedade e o medo dental vão diminuindo conforme a idade avança, mas isso pode variar de pessoa para pessoa^(21,22). Foi observado que crianças de 6 anos mostraram ansiedade alta, com 20%; as de 7-9-11 anos apresentaram ansiedade baixa com 21,1%; aos 8 anos, a ansiedade era moderada, com 18,8%; aos 10 anos, a ansiedade era moderada com 16,7% e, aos 12 anos, estavam sem ansiedade, com 17,4%⁽²¹⁾. Um estudo com crianças de 6 a 12 anos realizado na Grécia relatou que depois dos 9,7 anos o medo odontológico começa a diminuir e que não se verificou relação da cárie dental com o medo, mas foi percebido que os pacientes infantis que possuíam mais dentes primários hígidos possuíam menos medo dentário⁽²²⁾. A atual pesquisa, realizada com crianças de 5 a 10 anos, demonstrou que independentemente da idade das crianças não foi encontrada ansiedade alta, pois a maioria das crianças apresentava-se feliz (n=23; 76,7%). Um estudo feito na Arábia Saudita detectou que existem pretextos para não ocorrerem visitas frequentes aos cirurgiões-dentistas como: situação financeira, pacientes que alegam não ser necessário, falta de tempo, ausência de dor e o medo da criança⁽¹⁸⁾.

A pesquisa realizada mostrou que as crianças cujos responsáveis não trabalham possuem algum grau de ansiedade (18,2%) em relação aos responsáveis que trabalham (15,8%). Com isso, pesquisadores enfatizam que, quanto mais baixa a renda familiar, as crianças tendem a apresentar maior ansiedade pois está mais exposta a situações de estresse devido às condições de vida que lhes é oferecida^(10,23,24).

Para que a ansiedade e o medo possam ser reduzidos ou ausentes, pesquisas mostram que a terapia cognitiva comportamental pode ajudar os pacientes infantis a enfrentarem suas reações emocionais por meio de técnicas de controle da respiração, pensar em momentos felizes, segurar a mão da auxiliar do cirurgião-dentista, ouvir música, em alguns casos, o paciente infantil saber o que irá acontecer e, até mesmo segurar alguns instrumentos^(11,12).

Para que o paciente infantil possa melhorar seu comportamento nos atendimentos clínicos, existem técnicas de manejo a fim de que a criança se acostume com o ambiente do consultório, sendo importante que desde a primeira consulta haja um bom diálogo com a criança e seus responsáveis para estabelecer confiança^(25,26). Por meio da pesquisa realizada, pode-se observar que, mesmo após passarem pelo atendimento clínico, a maioria das crianças manteve-se feliz (n=21; 70%), não demonstrando medo odontológico depois dos procedimentos.

Autores relatam o uso de técnicas que auxiliam o manejo do comportamento da criança frente a consulta odontológica, como: “dizer-mostrar-fazer” em que se explica, demonstra e faz na criança; o método do reforço positivo, que recompensa a criança por bom comportamento; apresentação de instrumental e ser acompanhado por um psicólogo nos atendimentos. Há também a técnica da hipnose, contenção física e do uso fármacos como óxido nítrico para sedação ou, a anestesia geral, porém nem todo aluno de graduação ou mesmo cirurgião-dentista ou Odontopediatra sabe aplicá-las⁽²⁵⁻²⁸⁾. O presente estudo elucidou que, por se utilizarem técnicas de manejo, durante o atendimento Odontopediátrico, todas as crianças que estavam com certo grau de ansiedade (n=5; 100%) saíram dos atendimentos clínicos sem apresentar medo, o que vai de contrapartida com autores que mostram que a maioria das crianças sai com medo das consultas odontológicas^(29,30).

A pesquisa atual apresenta limitações devido ao tamanho da amostra, ter sido realizada em somente um local e pela falta de dados clínicos como qual procedimento foi realizado para mais comparações entre o tipo de procedimento e o resultado com medo ou ansiedade da criança. Contudo, é relevante para os cirurgiões-dentistas aplicarem no dia a dia em seu consultório um instrumento lúdico que auxilie o diálogo ou a relação com os pequenos pacientes, que poderão facilmente demonstrar o que estão sentindo naquele exato momento, pois a compreensão do comportamento infantil poderá orientar o profissional a realizar os procedimentos odontológicos que a criança necessite, com maior sucesso e mínimo grau de medo e de ansiedade.

5 CONCLUSÃO

Concluiu-se que apesar de não haver relação entre a ansiedade e o medo das crianças avaliadas, o *Cookie* foi importante para os Odontopediatras aplicarem em seus consultórios para a criança demonstrar seu grau de ansiedade e medo, antes e após atendimento clínico respectivamente, de forma rápida e lúdica. Entretanto, observou-se

tendência de a criança apresentar ansiedade e medo quando seus pais ou responsáveis estavam ansiosos, bem como, quando a renda familiar era menor que um salário-mínimo. Já o tipo de tratamento odontológico não aumentou o medo das crianças.

REFERÊNCIAS

1. Melo RB, Lima FC, Moura GM, Silva PGB, Gondim JO, Moreira-Neto JJS. Avaliação da relação entre procedimentos odontológicos e comportamento infantil. *Revista Odontológica Brasil Central*. 2015;24(68):20-25.
2. Felix LF, Brum SC, Barbosa CCN, Barbosa O. Aspectos que influenciam nas reações comportamentais de crianças em consultórios odontológicos. *Revista PróUniverSUS*. 2016; 07(2):13-16.
3. Abanto J, Vidigal E, Carvalho TS, Sá SNC, Bönecker M. Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. *Brazilian Oral Research*. 2017;31:e13.
4. Oliveira MF, Moraes MVM, Cardoso DD. Avaliação da ansiedade infantil prévia ao tratamento odontológico. *Publicatio UEPG Ciências Biológicas Saúde*. 2012;8(1):31-37.
5. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*. 1969.48(4):596-596.
6. Carvalho RWF, Falcão PGCB, Campos GJL, Bastos AS, Pereira JC, Pereira MAS, et al. Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros. 2012;17(7):1915-22.
7. Pereira V, Barreto RC, Pereira GAS, Cavalcanti HRBB. Avaliação dos Níveis de Ansiedade em Pacientes Submetidos ao Tratamento Odontológico. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2013;17(1):55-64.
8. Ramos-Jorge ML, Pordeus IA. Por que e como medir a ansiedade infantil no ambiente odontológico. Apresentação do teste VPT modificado. *JBP Revista Ibero-Americana de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*. 2004;37(7):282-290.
9. Questionário socioeconômico ENCCEJA. 2013. [acesso em 2017 maio] Disponível em:
http://download.inep.gov.br/educacao_basica/encceja/questionario_socioeconomico/2013/questionario_socioeconomico_encceja_2013.pdf
10. Vencato CS, Férrer DKP, Martins MGA, Teles da Rocha GS, Jacques PB. Ansiedade de pacientes infantis e seus em sala de espera de clínica odontológica. *Brazilian Journal of Development*. 2021;7(2):14053-65.
11. Morgan AG, Rodd HD, Porritt JM, Baker SR, Creswell C, Newton T, Williams C, Marshman, Z. Children's experience of dental anxiety. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2017;27(2):87-97.
12. Shahnavaz S, Rutley S, Larsson K, Dahllof G. Children and parents' experiences of cognitive behavioral therapy for dental anxiety – a qualitative study. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2015;25:317-326.

13. López LAJ, Ugalde RR, López AAD. Factores de riesgo asociados con el estado de ansiedad en niños de cuatro a seis años de edad que acuden por primera vez con el odontopediatra. *Revista ADM*. 2014;71(1):9-15.
14. Moura BF, Imperato JCP, Parisotto TM, Benedetto M. Child's anxiety preceding the dental appointment: evaluation through a playful tool as a conditioning feature. *Rev Gaúch Odontol*. 2015;63(4):455-460.
15. Souza RL, Guimarães ARD, Duarte PCT, Amaral MTR, Costa HS, Silva RLS. Necessidade de tratamento odontológico e níveis de ansiedade em adolescentes. *Revista Bahiana de Odontologia*. 2017; 8(2):37-42.
16. Kiliñç G, Akay A, Eden E, Sevinç N, Ellidokuz H. Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. *Brazilian Oral Research*. 2016;30(1):e72.
17. Soares FC, Lima RA, Barros MVG, Colares V. Factors Associated with Dental Anxiety in Brazilian Children of 5 to 8 years. *Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic*. 2014;14(2):97-105.
18. Alshoraim MA, El-Housseiny AA, Farsi MN, Felemban OM, Alamoudi NM, Alandejani AA. Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross sectional study. *BMC Oral Health*. 2018;18(33):1-9.
19. Oliveira MF, Moraes MVM, Evaristo PCS. Avaliação da ansiedade dos pais e crianças frente ao tratamento odontológico. *Pesquisa Brasileira Odontopediátrica Clínica Integrada*. 2012;12(4):483-489.
20. Marques KBG, Gradvohl MPB, Maia MCG. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 2010;23(4):328-367.
21. Marcano, AA, Figueredo AM, Orozco G. Evaluación de la ansiedad y miedo en niños escolares en la consulta odontopediátrica. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*. 2012; 2(2):65-71.
22. Boka V, K. Arapostathis K, Karagiannis V, Kotsanos N, Van LC, Veerkamp J. Dental fear and caries in 6-12 year old children in Greece. Determination of dental fear cut-off points. *European Journal of Paediatric Dentistry*. 2017;18(1):45-50.
23. Oliveira MMT, Colares V. The relationship between dental anxiety and dental pain in children aged 18 to 59 months: a study in Recife, Pernambuco State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2009;25(4): 743-50.
24. Torriani DD, Ferro RL, Bonow ML, Santos IS, Matijasevich A, Barros AJ, et al. Dental caries is associated with dental fear in childhood: findings from a birth cohort study. *Caries Research*. 2014;48(4):263-70.
25. Leite DFBM, Muniz IAF, Farias IAP. Condução psicológica do paciente infantil em Saúde Pública. *Odontologia Clínico-Científica*. 2013;12(4):251-254.

26. Teixeira TSM. A ansiedade dentária em odontopediatria e suas implicações. Alamada (Portugal). Dissertação [Mestrado em Medicina Dentária] - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz; 2013.
27. Nunes CA, Júnior RFS. O uso da contenção física como técnica de condicionamento no atendimento odontológico em Odontopediatria. Macapá. Monografia [graduação] - Faculdade de Macapá. 2017.
28. Lima KMA, Maia AHN, Bezerra MHO. Psicologia e odontopediatria: possibilidade de atuação em uma clínica – escola. *Revista Expressão Católica (Saúde)*. 2016;1(1):133-137.
29. Patti EAMR, Meneses IC. Crianças com sintomas fóbicos e o tratamento odontológico. *Investigação - Revista Científica da Universidade de Franca*. 2003. 2005; 5(1/6):92-100.
30. Melo RB, Lima FC, Moura GM, Silva PGB, Gondim JO, Moreira-Neto JJS. Avaliação da relação entre procedimentos odontológicos e comportamento infantil. *Revista Odontológica do Brasil Central*. 2015;24(68):20-25.