

Ansiedade dos responsáveis como fator influenciador da ansiedade odontológica infantil

Anxiety of guardians as an influencing factor of childhood dental anxiety

Emily Souto Martins¹
Edna Fernanda Dias Leão²
Fabíola Helena da Silva³
Carolina de Castro Oliveira⁴
Verônica Oliveira Dias⁵
Maria José Lages de Oliveira⁶

RESUMO

O objetivo deste artigo foi avaliar a associação entre a ansiedade odontológica dos pais/responsáveis e crianças atendidas em uma universidade pública de Montes Claros (Unimontes), utilizando um questionário e escalas de ansiedade de *Venham Picture Test* Modificada (VPTM) e Corah. Participaram 58 responsáveis e suas crianças que procuraram tratamento na Clínica odontopediátrica da Unimontes. A maioria dos responsáveis era representada pela mãe e a idade média das crianças foi 7,6 anos. Segundo os responsáveis, 61,4% das crianças apresentavam ansiedade odontológica, 24,6% manifestavam medo, 89,7% tinha ido ao dentista, 63,5% receberam intervenção curativa e 36,5% preventiva. Das crianças com experiência odontológica, a maioria permitiu o exame bucal e tratamento odontológico. Destas, 38,0% submeteram à anestesia local e 15,4% choraram e necessitaram de contenção física. Através da Escala de Corah, 70,7% dos

¹ Mestranda em Ortodontia pela Faculdade São Leopoldo Mandic/Campinas, SP, Brasil. emilysouto@msn.com 0000-0002-5324-336X

² Acadêmica de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, MG, Brasil e Bolsista de Iniciação Científica /PIBIC UNIMONTES da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais – FAPEMIG. eleao17@gmail.com. 0000-0002-2575-4189

³ Acadêmica de Odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros, MG, Brasil. fabiolahds@hotmail.com. 0000-0002-4960-4764

⁴ Doutora em Odontologia; Mestre e Especialista em Odontopediatria; Professora da disciplina Odontopediatria da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). carolinadcastro@yahoo.com.br. 0000-0002-9620-9989

⁵ Doutora e Mestre em Ciências da Saúde; Especialista em Odontopediatria. Professora da disciplina Odontopediatria da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). veronicaunimontes@yahoo.com.br. 0000-0003-1989-7797.

⁶ Doutora e Mestre em Odontopediatria; Especialista em Odontopediatria. Professora da disciplina Odontopediatria da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES). lagesdeoliveira@gmail.com. 0000-0003-0146-6059.

responsáveis apresentaram alguma ansiedade e o uso da anestesia local é o procedimento que causa mais ansiedade. Não verificou associação entre o nível de ansiedade dos responsáveis e das crianças ($p=0,426$). A maioria das crianças foi classificada sem ansiedade, enquanto a maioria dos responsáveis com algum grau de ansiedade. Não houve associação significativa entre a ansiedade dos responsáveis e as variáveis pesquisadas ($p>0,05$). Observou presença de ansiedade odontológica dos responsáveis, independente das suas crianças apresentarem ou não ansiedade. Notou necessidade de desenvolver ações educativas aos responsáveis que acompanham suas crianças no atendimento odontopediátrico da Unimontes, de forma a proporcionar a redução dos seus níveis de ansiedades, assim como aumentar o apoio e auxílio durante o tratamento odontológico dos seus filhos.

Palavras-chave: Ansiedade; Assistência Odontológica; Odontopediatria; Crianças; Pais.

ABSTRACT

The aim of this paper was to evaluate the association between parent / guardian dental anxiety and children attended at a public university in Montes Claros (Unimontes), using a modified Venham Picture Test (VPTM) and Corah Anxiety Questionnaire and scales. 58 caregivers and their children who sought treatment at the Unimontes Dental Clinic participated. Most of the guardians were represented by the mother and the average age of the children was 7.6 years. According to those responsible, 61.4% of the children had dental anxiety, 24.6% expressed fear, 89.7% had gone to the dentist, 63.5% received curative intervention and 36.5% preventive. Of the children with dental experience, most allowed oral examination and dental treatment. Of these, 38.0% underwent local anesthesia and 15.4% cried and required physical restraint. Through the Corah Scale, 70.7% of those responsible presented some anxiety and the use of local anesthesia is the procedure that causes the most anxiety. There was no association between the anxiety level of guardians and children ($p = 0.426$). Most children were classified without anxiety, while most guardians had some degree of anxiety. There was no significant association between

guardians' anxiety and the variables studied ($p > 0.05$). There was presence of dental anxiety of those responsible, regardless of whether or not their children had anxiety. He noted the need to develop educational actions for caregivers who accompany their children in Unimontes' dental care, in order to reduce their anxiety levels, as well as increase support and assistance during the dental treatment of their children.

Keywords: Anxiety; Dental care; Pediatric Dentistry; Children; Parents.

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios enfrentados pela Odontopediatria é o comportamento infantil associado ao medo e à ansiedade odontológica. Mesmo diante de tantos avanços tecnológicos que a Odontologia vem sofrendo ao longo dos anos, tem-se verificado que as intervenções odontológicas comumente provocam reações negativas como ansiedade, medo, dor e estresse em crianças (LIMA; MAIA; BEZERRA, 2016; SHAHNAVAZ *et al.*, 2018; BATISTA *et al.*, 2018).

A ansiedade é definida como sendo uma reação defensiva comum que antecede aos momentos de perigo ou situações consideradas possivelmente ameaçadoras, e está intimamente relacionada ao medo (COSTA JÚNIOR, 2002; RAMOS-JORGE; PORDEUS, 2004; BOTTAN; TRENTINI; ARAÚJO, 2007). De acordo com a literatura, não há como afirmar ao certo qual a origem da ansiedade diante do tratamento odontológico, por isso têm-se dito que ela é multifatorial (CARDOSO; LOUREIRO, 2008; HMUD; WALSH, 2009). Fatores como história médica pregressa, experiência negativa em consultas anteriores, ansiedades e medos dos pais, são fatores decisivos no estabelecimento de atitudes do paciente infantil dentro do consultório odontológico (PIRES *et al.*, 2005).

A ansiedade odontológica infantil pode ser adquirida por meio de um caminho direto ou indireto; de formas distintas ou conjugadas. Considera como caminho direto, quando as crianças desenvolvem a ansiedade odontológica através de suas próprias experiências dentárias anteriores, geralmente dolorosas ou negativas. No caminho indireto ou de modelagem e imitação, as crianças desenvolvem a ansiedade odontológica através de informações negativas, expectativas e experiências provenientes de outras pessoas, como da família, amigos e da mídia

(JONGH *et al.*, 2006; MOORE; BRODSGAARD; BIRN, 1991; YIN-LING *et al.*, 2014; SOARES *et al.*, 2015).

Considerando que a ansiedade infantil pode refletir no tratamento odontológico e que relatos de experiências ruins frente ao tratamento odontológico de pais e de pessoas próximas contribuem de forma negativa no comportamento cooperador da criança no consultório odontológico, este estudo tem como objetivo avaliar a associação da ansiedade dos responsáveis (via indireta ou modelagem) como fator influenciador da ansiedade odontológica das crianças atendidas em uma universidade pública de Montes Claros/Minas Gerais, utilizando como instrumento um questionário e as escalas de ansiedade de *Venham Picture Test* Modificada (VPT Modificado) e de ansiedade de Corah.

METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes (nº 2.489.003/2018) e conduzido dentro dos preceitos éticos determinados pela Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, com finalidades descritivas e analíticas (RAMOS-JORGE; PORDEUS, 2004; BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007; FAZLIA; KAVANDI, 2015; OLIVEIRA; BARROS, 2019). A população deste estudo consistiu de uma amostra de conveniência de pais/responsáveis e crianças que procuraram atendimento odontológico na disciplina de Clínica Infantil do Curso de Odontologia da Unimontes (Montes Claros, Minas Gerais, Brasil), durante o primeiro e segundo semestre de 2018.

Ao levarem seus filhos para o atendimento odontológico na clínica infantil os pais/responsáveis e suas crianças foram abordados na recepção da clínica e convidados a participarem do estudo. Após esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa, os pais/responsáveis que concordaram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da sua participação e das suas crianças.

Inicialmente, antes de qualquer procedimento odontológico na criança, os dados foram coletados por meio de um questionário e dois testes.

Aos pais/responsáveis foi aplicado um questionário, elaborado pelos pesquisadores a partir de uma revisão da literatura sobre a temática contendo informações sobre: dados de identificação das crianças e dos pais/responsáveis; experiência odontológica prévia da criança, reação da criança ao tratamento de

acordo com seus responsáveis e tipo de tratamento odontológico a qual a criança já foi submetida (preventivo ou curativo).

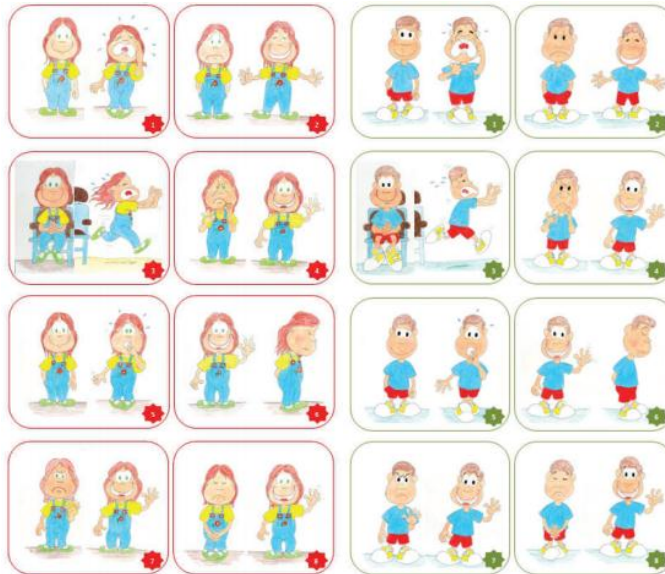
Em seguida, um teste foi aplicado aos pais/ responsáveis para avaliar a presença de ansiedade através da Escala de Ansiedade de Corah (CORAH, 1969). A escala é constituída por um questionário com quatro perguntas relacionadas a aspectos do atendimento odontológico, com cinco opções de respostas que variam de um a cinco pontos. Cada pergunta permite que apenas uma afirmativa seja assinalada. O escore obtido varia de quatro a vinte pontos (HU; GORENSTEIN; FUENTES, 2007).

Os pais/responsáveis responderam o questionário e teste separadamente dos seus filhos, evitando interferências nas respostas.

Para avaliar o nível de ansiedade das crianças, foi utilizado o teste *Venham Picture Test* Modificada (VTP Modificado), que é um instrumento no qual se usa um conjunto de figuras, entre as quais a criança que está sendo pesquisada escolhe a que mais se identificar com ela no momento. Foram apresentadas as crianças figuras impressas em papel A4, em oito situações com duas figuras em cada, uma figura apresentando um sentimento positivo e a outra, um sentimento negativo, de cada um dos quatro personagens: um menino e uma menina da raça branca; um menino e uma menina da raça negra. As crianças foram instruídas a selecionar uma das duas imagens em cada situação (Fig. 1 e 2). Depois de feita a escolha, indagava-se, de maneira clara: “Eu gostaria que você apontasse para o (a) menino (a) que está sentindo o mesmo que você está sentindo agora. Olhe cuidadosamente para o rosto das figuras e veja como elas se sentem” (RAMOS-JORGE; PORDEUS, 2004).

As figuras expressam várias reações: neutro (pouca ansiedade), alegre (ausência de ansiedade), medo (presença de ansiedade), choro aflito (presença de ansiedade), triste (presença de ansiedade), raiva (presença de ansiedade) e pânico (presença de ansiedade) (RAMOS-JORGE; PORDEUS, 2004).

Figura 1. Cartões de imagem do Teste VPT modificado (menina e menino brancos)



Fonte: RAMOS-JORGE; PORDEUS, 2004.

Figura 02. Cartões de imagem do Teste VPT modificado (menina e menino negros)



Fonte: RAMOS-JORGE; PORDEUS, 2004

A figura que, em cada par, revela o sentimento negativo da criança recebeu escore um (01) e a figura com aspecto positivo, escore zero, variando a somatória de zero a oito. Sendo que o zero representa crianças não ansiosas e um a oito, crianças ansiosas (RAMOS-JORGE; PORDEUS, 2004).

Foi realizado um estudo piloto, para possíveis adequações dos instrumentos usados. Os dados foram coletados por um único examinador, previamente calibrado.

O critério de inclusão adotado neste estudo foi: crianças entre três e doze anos acompanhadas dos pais/responsáveis que procuraram o atendimento odontológico na disciplina de Clínica Infantil do Curso de Odontologia da Unimontes entre o primeiro e segundo semestre de 2018. Critérios de exclusão: crianças provenientes de abrigos (não são acompanhados por responsáveis familiares); com alguma deficiência cognitiva, motora, e/ou sistêmica que impossibilita de responder os testes; pesquisados com dados incompletos no questionário e/ou nos testes aplicados.

Análise de dados

Realizou-se uma análise descritiva dos dados obtidos a partir do questionário e testes.

Para a análise estatística, alguns dados obtidos foram categorizados em dois grupos: ansiedade dos pais/responsáveis (Teste de Corah) e das crianças (VPT modificado) (presença e ausência de ansiedade); em tres grupos: idade da criança (03 a 05 anos, 06 a 08 anos, 09 a 12 anos) e parentesco do responsável (mãe, pai, outros parentes). Para as variáveis sexo e etnia foi adotada a autoclassificação, em que a própria criança se inclui em uma categoria de sexo e de raça ou cor (menino e menina da raça branca; menino e menina da raça negra).

A ansiedade dos pais/responsáveis foi utilizada como variável dependente, categorizada como não ansiosa ou com algum grau de ansiedade (presença de ansiedade) (BUSATO *et al.*, 2017).

No *Venham Picture Test* (VPT) modificado aplicado às crianças, duas categorias foram estabelecidas: presença de ansiedade ou ausência de ansiedade, de acordo com o código em cada figura do VPT modificado (RAMOS-JORGE; PORDEUS, 2004).

As variáveis independentes foram: dados das crianças e dos pais/responsáveis; experiência odontológica prévia da criança, avaliação dos pais/responsáveis sobre a experiência odontológica, reação da criança ao tratamento de acordo com seus responsáveis, tipo de tratamento odontológico a

qual a criança já foi submetida (curativo ou preventivo) e o nível de ansiedade da criança de acordo com o VPT modificado.

Os dados foram processados através do programa estatístico *Software Package for Social Sciences (SPSS®)*, versão 24.0, *Windows* (Chicago, EUA). A associação entre a variável dependente (ansiedade dos responsáveis/pais) e as variáveis independentes foi analisada por meio dos testes estatísticos qui-quadrado de Pearson (χ^2) e Teste Exato de Fischer adotando um intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Participaram do estudo 58 pares de pais/responsáveis e suas respectivas crianças que procuraram tratamento na disciplina de Clínica Infantil do Curso de Odontologia da Unimontes. Verificou-se que a grande maioria dos pais/responsáveis pertencia ao sexo feminino (79,3%) e era representado pela mãe (65,6%), pelo pai (17,2%) e outro grau de parentesco (17,2%), com idade entre 20 e 65 anos ($39,8 \pm 10,9$ anos). A idade média das crianças foi 7,6 anos (± 2 anos), com predominância do sexo feminino (51,7%).

A Tabela 1 descreve relato dos pais/responsáveis quando questionados sobre o comportamento da criança no consultório odontológico, 61,4% relataram que suas crianças apresentavam ansiedade e 24,6% manifestavam medo com o atendimento odontológico. Quanto à utilização dos serviços odontológicos a grande maioria das crianças (89,7%) já tinha ido ao dentista, sendo que 51,9% foram atendidos em instituição de ensino superior, 36,5% em serviço de saúde público, 11,5% em serviço de saúde privado.

Com relação ao tipo de tratamento odontológico realizado nas crianças, 63,5% receberam intervenção curativa (tratamento restaurador, exodontia, anestesia, endodontia) e 36,5% intervenção preventiva (educação em saúde, escovação supervisionada, aplicação tópica de flúor) (Tab.1).

Das crianças que possuíam experiência odontológica ($n=52$), 98,1% permitiram a realização do exame bucal e 90,4% realizaram tratamento odontológico. Destas, 38,0% foram submetidas à anestesia local, 15,4% choraram para realizar o tratamento e necessitaram de contenção física (Tab. 1).

Tabela 1. Distribuição das crianças atendidas na Clínica Infantil da Unimontes, quanto à experiência ao tratamento odontológico, segundo relato dos pais/responsáveis.

Variáveis	N	%
Você acha que sua criança é ansiosa no atendimento odontológico?		
Sim	35	61,4
Não	22	38,6
Total *	57	100,0
A criança relata medo de ir ao dentista?		
Sim	14	24,6
Não	43	75,4
Total*	57	100,0
A criança já foi ao dentista?		
Sim	52	89,7
Não	06	10,3
Total	58	100,0
Local de atendimento da criança?		
Instituição de Ensino Superior	27	51,9
Serviço Público	19	36,5
Serviço Particular	06	11,5
Total	52	100,0
Tratamento recebido pela criança?		
Tratamento curativo	33	63,5
Tratamento Preventivo	19	36,5
Total	52	100,0
A criança deixou que o (a) dentista examinasse sua boca?		
Sim	51	98,1
Não	01	1,9
Total	52	100,0
A criança deixou que o tratamento fosse realizado?		
Sim	47	90,4
Não	05	9,6
Total	52	100,0
A criança precisou tomar anestesia para realizar o tratamento?		
Sim	19	36,5
Não	31	59,7
Não soube informar	02	3,8
Total	52	100,0
A criança chorou durante o tratamento?		
Sim	08	15,4
Não	44	84,6
Total	52	100,0
Foi necessário segurar a criança para que o tratamento fosse realizado?		
Sim	08	15,4
Não	44	84,6
Total	52	100,0

*Missing

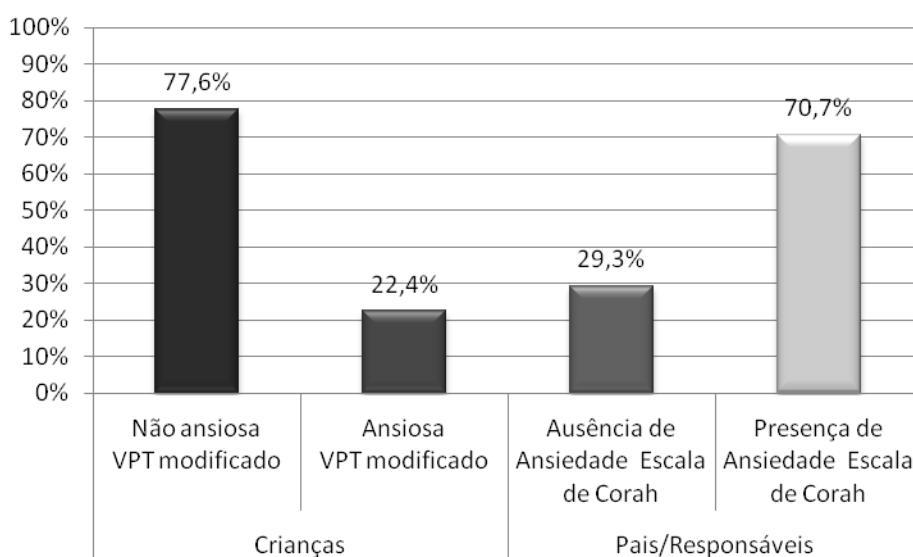
Fonte: Dados coletados

De acordo com o teste VPT modificado, 77,6 % das crianças não eram ansiosas e 22,4% apresentaram algum grau de ansiedade (Gráfico 1). Sendo que

as figuras mais escolhidas no teste VPT modificado foram as que demonstravam emoções positivas.

Ao analisar a ansiedade dos pais/responsáveis, através da Escala de Ansiedade de Corah, notou-se que a grande maioria dos responsáveis (70,7%) apresentou algum grau de ansiedade (Gráfico 1).

Gráfico 1. Distribuição percentual da presença de ansiedade nas crianças e nos pais/responsáveis de acordo com o teste VPT modificado e a Escala de Corah (n=58)



Fonte: Dados coletados

Ao analisar as variáveis utilizadas para a avaliação do grau de ansiedade dos pais/responsáveis quanto à experiência odontológica (Escala de Ansiedade de Corah,), verificou-se que o procedimento dentário que causa mais ansiedade (ligeiramente preocupado a muito ansioso) foi à expectativa quanto ao uso da anestesia local (75,9%).

Ao avaliar o nível de ansiedade dos pais/responsáveis, medido pela escala Corah, com relação ao nível de ansiedade das crianças, medido pela escala VPT modificada, utilizando Teste Exato de Fisher, não verificou associação estatisticamente significativa ($p=0,426$) (Tab.2). Observou-se que a maioria das crianças (77,6%) foi classificada em sem ansiedade, enquanto a maioria dos pais/responsáveis (70,7%) com algum grau de ansiedade (Tab.2)

Nas análises bivariadas, por meio dos testes Qui-quadrado e Exato de Fisher, observou que não houve associação estatisticamente significativa entre o

nível de ansiedade dos pais/responsáveis e as variáveis independentes ($p>0,05$): idade da criança, sexo da criança, parentesco do responsável pela criança, local de atendimento do tratamento odontológico realizado pela criança, experiência odontológica prévia da criança, tipo de tratamento odontológico a qual a criança foi submetida, a criança permitiu realizar o exame bucal e o tratamento odontológico, a criança necessitou de contenção para realizar o tratamento odontológico, a criança chorou durante a consulta e durante o tratamento odontológico (Tab. 2).

O teste Exato de Fisher também demonstrou não haver associação significativa ($p>0,05$) entre a ansiedade dos pais/responsáveis e de os mesmos considerarem a sua criança ansiosa e apresentarem medo ao tratamento odontológico (Tab. 2).

Tabela 2. Associação entre a ansiedade dos pais/responsáveis e algumas variáveis independentes (continua).

Variável	Ansiedade dos pais/responsáveis			Valor de p
	Presença N (%)	Ausência N (%)	Total N (%)	
Sexo da criança				
Feminino	22 (73,3)	08 (26,7)	30 (100,0)	0,584*
Masculino	19 (67,9)	09 (32,1)	28 (100,0)	
Total	41 (70,7)	17 (29,3)	58 (100,00)	
Idade da criança (Categorizado)				
3 a 5 anos	08 (66,7)	04 (33,3)	12 (100,0)	0,720*
6 a 8 anos	24 (75,0)	08 (25,0)	32 (100,0)	
9 a 10 anos	09 (64,3)	05 (35,7)	14 (100,0)	
Total	41 (70,7)	17 (29,3)	58 (100,0)	
Ansiedade de acordo com o grau de parentesco do responsável				
Mãe	26 (68,4)	12 (31,6)	38 (100,0)	0,294*
Pai	06 (60,0)	04 (40,0)	10 (100,0)	
Outros parentes	09 (90,0)	01 (10,0)	10 (100,0)	
Total	41 (70,7)	17 (29,3)	58 (100,0)	
Os pais/responsáveis consideram suas crianças ansiosas?				
Sim	27 (77,1)	08 (22,9)	35 (100,0)	0,125**
Não	13 (59,1)	09 (49,9)	22 (100,0)	
Total ‡	40 (70,2)	17 (29,8)	57 (100,0)	
Segundo os pais/responsáveis, a criança relata medo de ir ao dentista?				
Sim	11 (21,4)	03 (78,6)	14 (100,0)	0,333**
Não	29 (67,4)	14 (32,6)	43 (100,0)	
Total ‡	40 (70,2)	17 (29,8)	57 (100,0)	
Ansiedade da criança de acordo com o VPT modificado				
Presente	10 (76,9)	03 (23,1)	13 (100,0)	0,426**
Ausente	31 (68,9)	14 (31,1)	45 (100,0)	
Total	41 (70,7)	17 (29,3)	58 (100,0)	
A criança já foi ao dentista?				
Sim	36 (69,2)	16 (30,8)	52 (100,0)	0,426**
Não	05 (83,3)	01 (16,7)	06 (100,0)	
Total	41 (70,7)	17 (29,3)	58 (100,0)	
A criança com experiência odontológica, deixou que o (a) dentista examinasse sua boca?				
Sim	35 (68,6)	16 (31,4)	51 (100,0)	0,692**
Não	01 (100,0)	00	01 (100,0)	
Total	36 (69,2)	16 (30,8)	52 (100,0)	

Tabela 2. Associação entre a ansiedade dos pais/responsáveis e algumas variáveis independentes (continuação).

A criança com experiência odontológica, chorou na consulta e necessitou de contenção para realizar o tratamento?				
Sim	05 (62,5)	03 (37,5)	08 (100,0)	
Não	31 (70,5)	13 (29,5)	44 (100,0)	0,472**
Total	36 (69,2)	16 (30,8)	52 (100,0)	
A criança com experiência odontológica, deixou que o tratamento fosse realizado?				
Sim	32 (68,1)	15 (31,9)	47 (100,0)	
Não	04 (80,0)	01 (20,0)	05 (100,0)	0,508**
Total	36(69,2)	16 (30,8)	52 (100,0)	
A criança com experiência odontológica, chorou durante o tratamento?				
Sim	06 (75,0)	02 (25,0)	08 (100,0)	
Não	30 (68,2)	14 (31,8)	44 (100,0)	0,528**
Total	36 (69,2)	16 (30,8)	52 (100,0)	
A criança com experiência odontológica, precisou tomar anestesia para realizar o tratamento?				
Sim	15 (78,9)	04 (21,1)	19 (100,0)	
Não	21 (67,7)	10 (32,3)	31 (100,0)	
Não soube informar	0 (0,0)	02 (100,0)	02 (100,0)	0,301**
Total	36 (69,2)	16 (30,8)	52 (100,0)	
A criança com experiência odontológica, recebeu qual tratamento?				
Preventivo	11 (57,9)	08 (42,1)	19 (100,0)	
Curativo	25 (75,8)	08 (24,2)	33 (100,0)	0,151**
Total	36 (69,2)	16 (30,8)	52 (100,0)	
A criança com experiência odontológica, qual foi o local de atendimento?				
Instituição de ensino	21 (77,8)	06 (22,2)	27 (100,0)	
Serviço Público	12 (63,2)	07 (36,8)	19 (100,0)	
Serviço Privado	03 (50,0)	03 (50,0)	06 (100,0)	0,317*
Total	36 (69,2)	16 (30,8)	52 (100,0)	

‡ missing

*Teste Qui-quadrado de Pearson; ** Teste Exato de Fisher

Fonte: Dados coletados

O teste Exato de Fisher também demonstrou não haver associação significativa ($p > 0,05$) entre a ansiedade dos pais/responsáveis e de os mesmos considerarem a sua criança ansiosa e apresentarem medo ao tratamento odontológico (Tab. 2). Apesar de 61,4% dos pais/responsáveis terem relatado que consideram suas crianças ansiosas e de acordo com o teste VPT modificado, foi demonstrado que apenas 22,4% das crianças apresentaram algum grau de ansiedade.

DISCUSSÃO

No presente estudo, verificou-se que a maioria dos responsáveis pelas crianças era representado pelas mães, destacando a figura da mãe como personagem principal da família no estabelecimento da promoção da saúde dos filhos (CAMPOS *et al.*, 2010), podendo influenciar com suas próprias experiências,

positiva ou negativa no comportamento das crianças diante do tratamento odontológico (DOMINGUES; CARVALHO; NAVAI, 2008).

Apesar de já ter sido evidenciado que a ansiedade do responsável pode ser um fator decisivo no estabelecimento de atitudes e comportamentos do paciente infantil dentro do consultório odontológico (BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007; MEIRA-FILHO *et al.*, 2009; THEMESSI-HUBNER *et al.*, 2010; BUSATO *et al.*, 2017), este estudo revelou que a maioria das crianças não apresentaram ansiedade odontológica, enquanto a grande maioria dos responsáveis apresentaram algum grau de ansiedade frente ao tratamento odontológico. Este resultado diverge dos achados de outros autores, onde se observou baixo nível de ansiedade dos pais/responsáveis (CUNHA; CORRÊA; ALVAREZ, 2007; TOMÉ *et al.*, 2019) e alto índice por parte das crianças (MARQUES; GRADVOHL; MAIA, 2010; BUSATO *et al.*, 2017).

No caminho da modelagem, a ansiedade odontológica é retransmitida para as crianças através de pessoas, familiares ou não (FOLAYAN *et al.*, 2002; RANTAVUORI *et al.*, 2009) sendo que, a mãe desempenha um papel mais importante em relação a esse caminho, do que outros familiares (MURIS *et al.*, 1996). No entanto, este estudo, assim como no estudo de Oliveira (2016), mostrou que não houve associação entre ansiedade do responsável, predominantemente composto por mães e, a ansiedade infantil ($p > 0,05$). Mas, ainda assim, deve-se considerar que a qualidade do atendimento odontológico infantil está associada não apenas à redução do nível de ansiedade das crianças, mas também dos seus responsáveis (FAZLIA; KAVANDI, 2015).

A idade média (7,6 anos), assim como, a alta prevalência de acesso ao tratamento odontológico (89,7%) e de intervenções curativas (63,5%) das crianças deste estudo, poderiam explicar, em parte, a baixa ansiedade das mesmas. Estudos realizados revelam que crianças que já visitaram o dentista são menos ansiosas que aquelas que nunca tinham ido ao dentista (NICOLAS *et al.*, 2010; SUPRABHA *et al.*, 2011; SANTOS; OLIVEIRA; BARROS, 2019). E segundo Vomero (2000), a fase de aceitação das normas sociais de conduta se inicia a partir dos seis anos de idade; a birra e o choro tendem a diminuir a partir dessa idade, e as crianças tendem a melhorar o comportamento durante o tratamento odontológico com o aumento de idade (PINKHAM, 1996).

Por outro lado, este resultado diverge do estudo de Busato *et al.*, (2017) que verificou que crianças entre 7 a 10 anos foram as que mais apresentaram algum nível de ansiedade, justificando que por serem crianças mais velhas, podem ter tido experiências dolorosas ou angustiantes em relação ao atendimento odontológico. Além disso, crianças dessa faixa etária têm um nível mais alto de atenção e cognição, e podem correlacionar as experiências negativas dos seus familiares com suas próprias experiências.

Crianças com histórico de atendimento odontológico são capazes de diferenciar precisamente os procedimentos mais estressantes daqueles menos estressantes (FAZLIA; KAVANDI, 2015; GÓES *et al.*, 2010). No estudo, a maioria das crianças possuía experiência odontológica e permitiram a realização do exame bucal e a realização do tratamento odontológico. Sendo que, as crianças que foram submetidas à anestesia local (38,0%), 15,4% choraram ou necessitaram de contenção física para realização do procedimento odontológico. Singh, Moraes, Ambrosano (2000) afirmaram que o aumento do nível de ansiedade possui associação direta com a necessidade do uso de anestesia local durante os procedimentos odontológicos.

Ao avaliar a percepção do responsável sobre a ansiedade odontológica da sua criança, 61,4% consideraram suas crianças ansiosas. Por outro lado, o teste VPT modificado demonstrou que apenas 22,4% das crianças apresentaram algum grau de ansiedade. Os resultados de Moreira *et al.*, (2015) corroboram com achados deste estudo, e consideram que geralmente os responsáveis mais ansiosos também consideram que suas crianças ficam ansiosas ao irem ao Cirurgião-Dentista.

Quanto à alta ocorrência de responsáveis com presença de ansiedade, provavelmente foi devido a maior proporção de respondentes do sexo feminino no estudo, uma vez que pesquisas têm demonstrado diferenças nas prevalências da ansiedade odontológica entre os sexos, sendo as mulheres normalmente consideradas mais ansiosas que os homens (KANEGANE *et al.*, 2003; BOTTAN; OGLIO; ARAÚJO, 2007).

Este estudo revelou que a situação de tratamento odontológico que causou mais ansiedade aos pais/responsáveis foi à expectativa quanto ao uso da anestesia local, o que está de acordo com estudos encontrados na literatura que mostram um maior grau de ansiedade em procedimento que envolve a inserção de agulha, que é identificado como um procedimento invasivo (TOMITA; COSTA JUNIOR; MORAES,

2007; MOREIRA *et al.*, 2015; SEMENOFF-SEGUNDO *et al.*, 2016; TOMÉ *et al.*, 2019).

CONCLUSÃO

Observou-se uma presença de ansiedade dos pais/responsáveis quanto ao atendimento odontológico, independente das suas crianças apresentarem ou não ansiedade.

Notou-se a necessidade de desenvolvimento de ações educativas aos pais/responsáveis que acompanham suas crianças no atendimento odontológico na Clínica Infantil do curso de Odontologia da Unimontes, informações sobre os procedimentos a serem realizados, de forma a proporcionar a redução dos seus níveis de ansiedades, assim como aumentar o apoio e o auxílio aos seus filhos durante o tratamento odontológico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BATISTA, T.R.M. et al. Medo e ansiedade no tratamento odontológico: um panorama atual sobre aversão na odontologia. **Rev. Salusvita**, Bauru, v. 37, n. 2, p. 449-469, 2018.

BOTTAN, E.R; OGLIO, J.D; ARAÚJO, S.M. Ansiedade ao Tratamento Odontológico em Estudantes do Ensino Fundamental. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.7, n.3, p. 241-246, set/dez. 2007.

BOTTAN, E.R.; TRENTINI, L.; ARAÚJO, S.M. Ansiedade no tratamento odontológico: levantamento em escolares do ensino fundamental do município de Pouso Redondo-SC. **RFO**, v. 12, n. 3, p. 7-12, set./dez. 2007.

BUSATO, P. et al. Influence of maternal anxiety on child anxiety during dental care: cross-sectional study. **Sao Paulo Med J**, v.145, n.2, p.116-22, 2017.

CAMPOS, C.C et al. Tratamento Odontológico Ambulatorial em PNE – PARTE V: Sedação Consciente.In: **Clínica Odontológica Infantil Passo a Passo**. Goiânia: FUNAPE, 2010.

CARDOSO, C.L.; LOUREIRO, S.R. Estresse e Comportamento de Colaboração em Face do Tratamento Odontopediátrico. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 13, n. 1, p. 133-141, jan./mar. 2008

CORAH, N.L. Development of a dental Anxiety scale. **J dent Res**, v.48, p.596-9, 1969.

COSTA JÚNIOR, A.L. Psicologia aplicada à Odontopediatria: Uma Introdução. **Estud. Pesqui. Psicol.**, v. 2, p. 67-77, 2002.

CUNHA, W.A.; CORRÊA, M.S.N.P; ALVAREZ, J.A.A. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odonto-pediátrico utilizando la escala de Corah. **Rev. Estomatol. Hered.**, v.17, n.1, p. 22-24, 2007.

DOMINGUES, S.M; CARVALHO, A.C.D; NARVAI, P.C. Saúde bucal e cuidado odontológico: representações sociais de mães usuárias de um serviço público de saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum**, v.18, n. 1, p.66-78, 2008.

FAZLIA, M; KAVANDI, M.R. Parents's Anxiety on Children Cooperation at Dental Visit. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, v.205, p. 117-121, 2015.

FOLAYAN, M.O et al. A review of the pharmacological approach to the management of dental anxiety in children. **Int J Paediatr Dent**, v.12, n.5, p:347- 54, 2002.

GÓES, M.P.S et al. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. **Odontol. Clín.-Cient**, v.9, n.1, p.39-44, jan./mar., 2010.

HU, L.W.; GORENSTEIN, C.; FUENTES, D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. **Depress. Anxiety.**, v.24, n.7, p.467-71, 2007.

HMUD, R.; WALSH, L.J. Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. **Rev.De Mínima Intervención En Odontología**, v.2, n.1, p.237-248, 2009.

JONGH, A. et al. Psychological trauma exposure and trauma symptoms among individuals with high and low levels of dental anxiety. **Eur. J. Oral Sci**, v. 114, n.4, p.286–292, 2006.

KANEGANE K. et al. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.6, p.786-92, 2003.

LIMA, K.M.A; MAIA, A.H.N.; BEZERRA, M.H. O. Psicologia e Odontopediatria: Possibilidade de Atuação em uma Clínica – Escola. **Rev. Expressão Católica**, v.1, n.1, p. 133-137, jul./dez.2016.

MARQUES, K.B.G; GRADVOHL, M.P.B; MAIA, M.C.G. Medo e Ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças dos municípios de Acaraú-CE. **Rev. Bras. Pesqui. Saúde.**, v.23, n.4, p.358-367, out./dez., 2010.

MEIRA-FILHO, M.M.O. et al. Atendimento odontológico da criança: percepção materna. **Rev. Gauch. Odontol.** v.57, n.3, p.311-5, 2009.

MOORE, R.; BRODSGAARD, I.; BIRN, H. Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. **Behav Res Ther.** v.29, n.1, p. 51-60, 1991.

MOREIRA, K.M.S. et al. Ansiedade do responsável em relação ao atendimento odontopediátrico. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v.69, n.2, p.135-41, 2015.

MURIS, P. et al. The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. **Behav. Res. Ther**, v.34, n.3, p.265-268, 1996.

NICOLAS, E. et al. Factors affecting dental fear in French children aged 5-12 years. **Int J Paediatr Dent**, v.20, p.366-73, 2010.

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**, v.25, p.743-750, 2009.

PINKHAM, J.R. A importância prática da Odontopediatria. In: J.R.Pinkham, **Odontopediatria: da infância à adolescência** (pp. 2-13). São Paulo: Artes Médicas, 1996.

PIRES, V.R. et al. Análise da reação emocional do paciente odontopediátrico após anestesia parcial por meio de escala análoga visual. **Pesqui Bras Odontopediatria Clín Integr**, v.5, n.2, p.127-31, 2005.

RAMOS-JORGE, M.L.; PORDEUS, I.A. Por que e como medir a ansiedade infantil no ambiente odontológico. Apresentação do teste VPT modificado. **Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê**, v.7, p.282-90, 2004.

RANTAVUORI, K. et al. Factors associated with different measures of dental fear among children at different ages. **J Dent Child**, v.76, p.13-9, 2009.

SANTOS, N.C.N; OLIVEIRA, R.G; BARROS, L.A.N. Evaluation of Children's and Adolescents's Anxiety Previously Dental Treatment: A Cross-Sectional Study. **Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr**, v.19, n.1, p. 1-9, 2019.

SEMENOFF-SEGUNDO, A. et al. Experiência do paciente em relação ao medo frente ao atendimento odontológico. **Rev Odontol Bras Central**, v.25, n.72, p.45-48, 2016.

SINGH, K.A.; MORAES, A.B.A. de; AMBROSANO, G.M.B. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesq Odont Bras**, v. 14, n. 2, p. 131-136, abr./jun. 2000.

SOARES, F.C. et al. A Ansiedade Odontológica em Crianças e os Fatores associados: Revisão de Literatura. **Psicol, Saúde Doenças**, v.16, n. 3, p.373-385, 2015.

SUPRABHA, B.S. et al. Child dental fear and behavior: the role of environmental factors in a hospital cohort. **J Indian Soc Pedod Prev Dent**, v.29, p.95- 101, 2011.

SHAHNAVAZ, S. et al. Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents With Dental Anxiety: Open Trial. **J. Med Internet Res**, Estocolmo, v. 20, n. 1, 2018.

TOMÉ, M.S.S. et al. Avaliação da ansiedade dos pais e/ou responsáveis frente ao tratamento odontológico em crianças. **Braz J Surg and Clinical Res**, v.25,n.1,p.13-16, 2019.

TOMITA, L.M; COSTA JUNIOR, A.L; MORAES, A.B.A. Ansiedade materna manifestada durante o tratamento odontológico de seus filhos. **Psico-USF** , v. 12, n. 2, p. 249-256, jul. /dez. 2007.

THEMESSI-HUBNER, M. et al. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. **Int J Paediatr Dent**, n.20, p.83-101, 2010.

VOMERO, M.F. Entendendo a relação paciente/profissional. **Rev. da APCD**, v.54, p.267-276, 2000.

YIN-LING, L. et al. Child dental fear in low-income and non-lowincome families: A school-based survey study. **J of Dental Sciences**, v.9, p. 165-171, 2014.