

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE SAÚDE E TECNOLOGIA RURAL
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
BACHARELADO DE ODONTOLOGIA**

TAMARA DA SILVA GAMA

**PERFIL DO MEDO APRESENTADO POR CRIANÇAS FRENTE AO
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

**PATOS – PB
2016**

TAMARA DA SILVA GAMA

**PERFIL DO MEDO APRESENTADO POR CRIANÇAS FRENTE AO
TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Orientadora: Profa. Me. Elizandra Silva da Penha

**PATOS-PB
2016**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DO CSRT DA UFCG

G184p

Gama, Tamara da Silva

Perfil do medo apresentado por crianças frente ao tratamento odontológico / Tamara da Silva Gama. – Patos, 2016.

41f.: il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Odontologia) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Saúde e Tecnologia Rural, 2016.

"Orientação: Profa. Me. Elizandra Silva da Penha".

Referências.

1. Medo. 2. Odontopediatria. 3. Relações dentista-paciente. I. Título.

CDU 616.314:616-053.2

TAMARA DA SILVA GAMA

AValiação DO MEDO NA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Coordenação do curso de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Data de aprovação: 05, 10, 16

BANCA EXAMINADORA

Elizandra Silva da Penha

Profª. Me. Elizandra Silva da Penha – Orientadora
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Camila Helena M. da Costa Figueiredo

Profª. Drª. Camila Helena Machado da Costa Figueiredo – 1º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Gymenna Maria Tenório Guênes

Profª. Drª. Gymenna Maria Tenório Guênes – 2º Membro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG

Dedico esse trabalho a Deus e a minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a **Deus** que iluminou meu caminho durante toda essa jornada e me motivou a continuar para alcançar meus objetivos.

Agradeço imensamente a meus pais, **Elizabeth e Antônio**, que sempre estiveram ao meu lado e me apoiaram em todas as minhas decisões.

Agradeço a minhas irmãs **Andréa, Adriana, Karine, Keltry**, irmão **Gama Filho** e minha tia **Eliene** pelo carinho que me dedicaram e por sempre acreditar em mim.

Agradeço a minha amiga, **Cícera Alane de Oliveira**, por todo o apoio e companheirismo.

Agradeço a minha orientadora, **Elizandra Silva da Penha**, por toda a ajuda e paciência para o desenvolvimento desse trabalho.

Agradeço a todos os professores por todo aprendizado transmitido e pelo incentivo a meu crescimento profissional.

Agradeço a todos os meus amigos que me apoiaram durante toda essa caminhada, sem vocês nada seria possível.

RESUMO

O presente estudo objetivou caracterizar quais são os principais fatores de medo frente ao atendimento odontológico em crianças de 6 a 12 anos de idade, determinando o perfil e percentual dessa população que o apresenta. A pesquisa foi realizada na Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande e Unidades Básicas de Saúde da Família localizadas no município de Patos-PB com uma amostra de 200 crianças com idade média de 8,5 anos. O instrumento utilizado para a mensuração do medo foi o questionário Dental Fear Survey. Após a coleta, os dados foram analisados estatisticamente através dos testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher com ajuda do Statistical Package for Social Sciences. Os resultados apontaram um alto percentual de crianças com medo frente ao atendimento odontológico (92%) e que o principal fator desencadeante de medo na clínica odontopediátrica foi a anestesia (observação da agulha – 68% e sentir a anestesia – 55%). Não houve diferenças estatísticas significativas entre medo e gênero ($p=1,626$) e medo e faixa etária ($p=0,767$). Conclui-se que foi alta a porcentagem de crianças com medo e que a submissão à anestesia odontológica foi vista como um procedimento desconfortável e associado à dor, estando fortemente relacionada com o desenvolvimento do medo.

Palavras-chave: Medo. Odontopediatria. Relações Dentista-Paciente.

ABSTRACT

This study aimed to characterize what are the main factors of fear during dental care in children aged 6 to 12 years old, determining the profile and percentage of this population. The research was conducted at the Clinic School of Dentistry of Federal University of Campina Grande and Family Basic Health Units located in the city of Patos-PB with a sample of 200 children with an average age of 8.5 years. The instrument used to measure the fear was the questionnaire Dental Fear Survey. After collection, the data were statistically analyzed using the Chi-Square test and Fisher's Exact with the help of Statistical Package for Social Sciences. The results showed a high percentage of children with fear during dental care (92%) and the main triggering factor of fear in the pediatric dental clinic was anesthesia (needle observation - 68% and feel the anesthesia - 55%). There were no statistically significant differences between fear and gender ($p = 1.626$) and fear and age ($p = 0.767$). We conclude that high was the percentage of children with fear and submission to dental anesthesia was seen as an uncomfortable and associated with pain procedure and is strongly related to the development of fear.

Keywords: Fear. Pediatric Dentistry. Dentist-Patient Relationship.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Avaliação do medo frente ao tratamento odontológico através do questionário DFS. Patos, 2016.....	24
TABELA 2: Estímulos de medo avaliados pelo questionário DFS. Patos, 2016.....	24
TABELA 3: Associação entre medo e faixa etária através do teste Exato de Fisher. Patos, 2016.....	25
TABELA 4: Associação entre medo e gênero através do teste estatístico Qui-Quadrado. Patos, 2016.....	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BA	Bahia
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CDFP	Childrens Dental Fear Picture
CFSS-DS	Children's Fear Survey Schedule – Dental Subscale
CSTR	Centro de Saúde e Tecnologia Rural
DFS	Dental Fear Survey
EPI	Equipamento de Proteção Individual
et al.	Colaboradores
Ex	Exemplo
FDPQ	Fear of Dental Pain Questionnaire
n	Número
p	Valor de Significância Estatística
PB	Paraíba
S-FDPQ	Fear of Dental Pain Questionnaire - Short Form
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UACB	Unidade Acadêmica de Ciências Biológicas
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

LISTA DE SÍMBOLOS

- = Símbolo Matemático de Igualdade
- < Símbolo Matemático de Menor que
- % Símbolo Matemático de Porcentagem (por cento)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 CAUSAS DE MEDO ODONTOLÓGICO.....	13
2.2 MEDO NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA.....	14
2.3 APRESENTAÇÃO DO MEDO NAS DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS	15
2.4 DIFERENÇAS DOS NÍVEIS DE MEDO DE ACORDO COM O GÊNERO.....	16
2.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MENSURAÇÃO DO MEDO.....	16
REFERÊNCIAS.....	18
3 ARTIGO	22
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
ANEXO A	30
ANEXO B	31
ANEXO C	38

1 INTRODUÇÃO

O medo é uma reação emocional diferenciada que possui um objeto de temor definido, a qual interfere no bem-estar, na integridade física e mental (HOLANDA et al., 2013). A presença de um medo tem origem fisiológica e atua como um mecanismo de defesa do indivíduo perante uma situação interpretada como ameaçadora (MARQUES; GRADVOHL; MAIA, 2010; HOLANDA et al., 2013).

A imagem do cirurgião-dentista está fortemente associada á dor e esse fato faz com que os pacientes geralmente manifestem medo quando submetidos a procedimentos odontológicos, o que gera dificuldades no atendimento (MARQUES; GRADVOHL; MAIA, 2010).

Na literatura, diferentes fatores etiológicos são citados como causadores do medo ao tratamento odontológico, como: experiências anteriores negativas ao tratamento vividas; a falta de informação sobre o procedimento que será realizado (ANDRADE et al., 2013); ideias disseminadas no imaginário popular, as quais ligam a figura do dentista a um estereótipo sádico (BOTTAN et al., 2010); a agulha anestésica (BERGE et al., 2016); o motor odontológico (MIALHE et al., 2010; CARTER et al., 2014); além da realização de exodontias (GAZAL et al., 2016).

No âmbito da odontopediatria, a presença do medo em pacientes é o principal agente que influencia negativamente o atendimento odontológico (MAIA; BARROS; SALAMA, 2015). Isso decorre do fato de que o paciente infantil, geralmente, apresenta estímulos fisiológicos (dor) e aspectos psicológicos envolvidos no tratamento odontológico que são interpretados como perigosos para o seu bem-estar (XIA; SONG, 2016). O reconhecimento precoce do medo no paciente odontopediátrico é indispensável para que possam ser adotadas técnicas de manejo mais adequadas, podendo dessa forma ser realizado o tratamento de maneira eficaz (MA et al., 2015).

Os métodos mais utilizados para avaliar o medo odontológico em crianças são: avaliação do comportamento dentário durante o atendimento (p. ex. Escala de Frankl), medidas fisiológicas (p.ex. avaliação do pulso cardíaco e frequência respiratória), e avaliação psicométrica (ou seja, questionários preenchidos pelos pais ou pelas próprias crianças, p. ex. Dental Fear Survey - DFS) (PORRITT et al., 2013). O DFS foi desenvolvido por Kleinknecht, Klepak e Alexander (1973) e validado no Brasil de acordo com CESAR et al. (1993). Esse instrumento é eficaz na

identificação dos estímulos de medo específicos e avaliação das reações dos pesquisados em relação ao tratamento odontológico, sendo amplamente utilizado em estudos com essa finalidade (TAANI; EL-QADERI; ABU, 2005; BOTTAN; LEHMKUHL; ARAÚJO, 2007; LOUREIRO; CARDOSO, 2008).

Desta forma, os objetivos deste trabalho foram determinar o perfil e percentual das crianças de 6 a 12 anos de idade, com relação ao medo frente ao tratamento odontológico e caracterizar quais são os principais fatores de medo desta população. Para isso, foi formulada a hipótese nula de não ter diferença entre as faixas etárias e gêneros estudados quanto à presença de medo relacionado ao atendimento odontológico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CAUSAS DE MEDO ODONTOLÓGICO

Na literatura, estudos procuram evidenciar e explicar os fatores que se relacionam com a presença de medo odontológico em pacientes infantis (MIALHE et al., 2010; FÉLIX et al., 2016). Dentre esses, pode-se citar o uso do motor de alta rotação, a realização de extração dentária e a roupa branca usada pelo profissional (MARQUES; GRADVOHL; MAIA, 2010), bem como a seringa carpule e a sonda exploradora (NOGUEIRA et al., 2009).

Souza et al. (2004) fizeram uma pesquisa para avaliar, através de questionários, o medo infantil frente a diferentes situações mais comumente encontradas na prática da Odontopediatria. Após a análise dos dados eles concluíram que a anestesia e o uso da alta rotação eram os procedimentos clínicos que mais causavam medo nas crianças.

Com o objetivo de avaliar a percepção dos responsáveis sobre os fatores preditores de medo odontológico infantil e aceitação de uma técnica alternativa (abrasão ultrassônica) para remoção de cárie, Lopes et al. (2011) realizaram um estudo com 162 responsáveis por pacientes de 3 a 14 anos que compareceram a Clínica de Odontopediatria de uma instituição pública de ensino. Para a coleta de dados foi utilizado um formulário semiestruturado, o qual era composto por questões abertas e fechadas, sendo aplicado por um examinador. Os resultados da pesquisa apontaram que 25% das crianças tinham medo do tratamento, segundo relato dos responsáveis. Os itens mais associados à presença do medo foram anestesia (54,9%), ruído do motor (48,1%), possibilidade de dor (41,9%) e visão do motor (34,6%).

De Oliveira et al. (2014) elaboraram uma pesquisa para avaliar o medo e a ansiedade em crianças e seus cuidadores em relação ao atendimento odontológico e identificar os principais fatores associados a esse comportamento. Participaram do estudo 200 crianças entre 4 e 13 anos e seus respectivos responsáveis e ambos responderam a um questionário que continha 9 questões de múltipla escolha além de uma questão aberta. Os resultados apontaram que apesar do medo ser relativamente incomum entre os responsáveis, cerca de um terço das crianças

apresentaram medo de dentista e os fatores mais associados foram a dor, agulha e anestesia.

Mungara et al. (2013) fizeram um estudo com 90 crianças divididas em dois grupos, com o intuito de avaliar o grau e os estímulos de medo no consultório odontológico através da aplicação da escala de auto-relato Children's Fear Survey Schedule – Dental Subscale (CFSS-DS). Os resultados apontaram que o fator mais desencadeante de medo nas crianças foi a anestesia odontológica e o fator de menor estímulo foi a abertura da boca para a realização do exame odontológico.

A presença de medo no atendimento odontológico muitas vezes está relacionada à imagem negativa do cirurgião–dentista disseminada no imaginário popular, na qual o profissional é associado a sensações de dor e desconforto (HIRAMATSU; TOMITA; FRANCO, 2007). Baseado nesse fato, Cavalcante, Matos e Cabral (2014) elaboraram um estudo com 86 crianças com idade entre 4 e 6 anos matriculadas em 4 instituições municipais de Salvador-BA, com o intuito de analisar a visão das crianças acerca do cirurgião-dentista e de suas atribuições. Para obter as informações o instrumento utilizado foi a técnica do “desenho-estória com tema”. Após a obtenção dos resultados, observou-se que predominou a imagem positiva do cirurgião-dentista, existindo poucos casos de imagem negativa, associados a crianças pertencentes a instituições que não possuíam um programa regular de promoção de saúde bucal, podendo-se concluir que a imagem desfavorável do profissional de saúde bucal na sociedade pode ser desmistificada através da realização rotineira de atividades de promoção de saúde bucal com as crianças.

Rislov-Staugaard, Jossing e Krohn (2016) fizeram um estudo para avaliar se o medo do tratamento odontológico no adulto é influenciado por experiências de atendimento vivenciadas na infância. Participaram da pesquisa 136 jovens adultos que tiveram atendimentos odontológicos na infância. Esses responderam uma série de perguntas e após a análise dos resultados, concluíram que experiências negativas vividas na infância estão associadas à presença de medo no paciente adulto.

2.2 MEDO NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

Reis, Dias e Leal (2008) elaboraram um estudo para avaliar o medo dentário da criança e o comportamento manifestado durante a consulta odontológica através

do teste Childrens Dental Fear Picture (CDFP). Participaram dessa pesquisa 166 crianças com 5 a 12 anos de idade, as quais foram avaliadas após a consulta com o cirurgião dentista. Constatou-se que existem três perfis de crianças em relação ao atendimento odontológico: com medo, sem medo e ambíguo.

O medo infantil de dentista, se não controlado pode persistir na vida adulta e influenciar de maneira negativa a conduta do paciente frente ao tratamento odontológico (RISLOV-STAUGAARD; JOSSING; KROHN, 2016). Baseando-se nesse fato Xia e Song (2016) efetuaram uma pesquisa buscando avaliar um método para reduzir o medo odontopediátrico, utilizando como instrumento para a coleta dos dados a escala CFSS-DS. Participaram do estudo 100 pacientes divididos em Grupo A (grupo controle) e Grupo B (grupo em que os pacientes foram avisados que receberiam uma “recompensa” em caso de bom comportamento). Os resultados mostraram que os participantes do Grupo B foram mais obedientes durante o tratamento odontológico, podendo concluir a partir de então que o sistema de recompensa apresenta-se como uma eficaz forma de redução do medo ao tratamento.

O tratamento odontológico representa um desafio para o cirurgião dentista e para a criança, sendo assim é fundamental que o profissional possua habilidades suficientes para ajudar a criança a encarar o tratamento odontológico com menores níveis de medo, o que torna o paciente mais colaborativo e consequentemente otimiza os resultados do tratamento (CORTELO et al., 2014).

2.3 APRESENTAÇÃO DO MEDO NAS DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS

No ano de 2000, Singh, Moraes e Ambrosano elaboraram uma pesquisa com o objetivo de avaliar medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. Participaram 364 crianças da faixa etária de 7 a 13 anos. Três questionários com questões de múltipla escolha foram aplicados em grupos de 10 crianças. Em relação à idade, as crianças da faixa de 11 a 13 anos revelaram-se em média mais temerosas que as de 7 a 9 anos. Quanto ao controle as crianças mais novas possuem mais controle do que as mais velhas. Em geral os dados indicam que valores mais altos de medo relacionam-se com valores mais baixos de controle. As crianças que tinham realizado tratamento odontológico com anestesia mostraram-se mais temerosas do que aquelas que não foram submetidas a esse

procedimento, o que permite inferir que a etiologia de medo pode relacionar-se a esse procedimento que pode envolver a percepção de incontabilidade.

Curcio (2012) realizou um estudo para avaliar os níveis de cortisol salivar de crianças submetidas a uma consulta odontológica para exame e diagnóstico. Foram estudadas 43 crianças entre 7 e 10 anos. Com base nos resultados obtidos, pode-se observar que a intensidade do medo não variou segundo a idade da criança.

2.4 DIFERENÇAS DOS NÍVEIS DE MEDO DE ACORDO COM O GÊNERO

Singh, Moraes e Ambrosano (2000) desenvolveram um estudo para analisar o medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. Os resultados demonstraram que em relação ao medo, a média dos escores foi mais elevada para o sexo feminino do que para o sexo masculino ($p < 0,05$).

Moraes et al. (2004) elaboraram um estudo que buscou investigar as principais fontes de medo, inclusive medo de dentista em crianças. Fizeram parte da pesquisa 549 crianças, as quais foram separadas em três grupos: crianças de escola particular; crianças de escola pública e crianças de escola pública que, ao contrário das outras, foram avaliadas durante o tratamento odontológico. Dessa pesquisa inferiu-se que as meninas apresentam escores mais elevados de medo em comparação aos meninos.

2.5 INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA MENSURAÇÃO DO MEDO

O conhecimento sobre o medo desenvolvido pelo paciente infantil frente ao tratamento odontológico é de extrema importância para que se possam adotar as medidas necessárias para o controle comportamental da criança, dessa forma é indispensável o domínio sobre os diferentes tipos de instrumentos existentes para a mensuração do medo por parte do profissional (ARMPFIELD, 2010). Existem na literatura diferentes métodos para avaliar o medo odontológico em crianças, tais como: avaliação do comportamento dentário durante o atendimento (p. ex. Escala de Frankl), medidas fisiológicas (p.ex. avaliação do pulso cardíaco e frequência respiratória), e avaliação psicométrica (ou seja, questionários preenchidos pelos pais ou pelas próprias crianças, p. ex. DFS) (PORRITT et al., 2013).

O DFS é um instrumento de 14 questões usado para identificar os estímulos de medo específicos e avaliar as reações dos pesquisados em relação ao tratamento odontológico. Esse foi desenvolvido por Kleinknecht, Klepak e Alexander (1973) e é amplamente utilizado para esta finalidade (TAANI; EL-QADERI; ABU, 2005; BOTTAN; LEHMKUHL; ARAÚJO, 2007; LOUREIRO; CARDOSO, 2008). O instrumento já foi utilizado em estudos brasileiros, estando o DFS validado no Brasil de acordo com Cesar et al. (1993).

A CFSS-DS é uma escala proposta para avaliar o medo do paciente infantil frente ao tratamento odontológico, essa possibilita estimar a prevalência do medo, registrar as diferenças entre grupos controle e experimental e também para selecionar as crianças com e sem medo ao tratamento odontológico (KLINGBERGT; BROBERG, 2007). O instrumento é composto por 15 itens relacionados a diferentes situações do tratamento odontológico, onde cada item possui escores de 1 a 5 pontos que variam de nenhum medo a muito medo, sendo a soma total dos escores de no mínimo 15 e no máximo 75 pontos (LIMA et al., 2014).

Com o objetivo de avaliar a influencia da dor de origem odontológica no surgimento do medo foi desenvolvido o questionário de auto relato Fear of Dental Pain Questionnaire (FDPQ) constituído por 18 itens que buscam conhecer o medo da dor associado a diferentes procedimentos odontológicos (LIMA et al., 2014). Pelo fato do instrumento apresentar-se longo foi proposto a sua modificação através de uma versão mais curta o Fear of Dental Pain Questionnaire - Short Form (S-FDPQ) constituída apenas por 5 itens (FERREIRA; COLARES et al., 2011).

A Escala Comportamental de Frankl é utilizada para a avaliação comportamental da criança em relação ao medo e ansiedade frente à situação odontológica, essa descreve quatro tipos de comportamento que o paciente pode apresentar: comportamento definitivamente positivo (criança completamente colaboradora); comportamento positivo (criança que demonstra aceitação ao tratamento); comportamento negativo (criança relutante em aceitar o tratamento) e comportamento definitivamente negativo (criança que se recusa a ser tratada) (GOMES, 2013).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, D. S. P.; MINHOTO, T. B.; CAMPOS, F. A. T.; GOMES, M. C.; GARCIA, A. F. G.; FERREIRA, J. M. S. Percepção infantil através de desenhos e caracterização verbal sobre o cirurgião-dentista. **Arquivos em Odontologia**, v. 49, n. 4, p. 184-190, 2013.

ARMPFIELD, J. M. How do we measure dental fear and what are we measuring anyway. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 8, n. 2, p. 107-15, 2010.

BERGE, K. G.; VIKA, M.; AGDAL, M. L.; LIE, S. A.; SKEIE, M. S. Reliability, validity and cutoff score of the Intra-Oral Injection Fear scale. **International Journal of Paediatric Dentistry**, 2016.

BOTTAN, E. R.; LEHMKUHL, G. L.; ARAÚJO, S. M. Ansiedade no tratamento odontológico: estudo exploratório com crianças e adolescentes de um município de Santa Catarina. **Revista Sul-Brasileira de Odontologia**, v. 5, n. 1, p.13-19, 2007.

BOTTAN, E. R.; SILVEIRA, E. G.; ODEBRECHT, C. M. R.; ARAÚJO, S. M.; FARIAS, M. M. A. G. Relação entre ansiedade ao tratamento dentário e caracterização do “Dentista ideal”: Estudo com crianças e adolescentes. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 51, n. 1, p. 19-23, 2010.

CARTER, A. E.; CARTER, G.; BOSCHEN, M.; ALSHWAIMI, E.; GEORGE, R. Pathways of fear and anxiety in dentistry. **World Journal of Clinical Cases**, v. 2, n. 11, p. 642-653, 2014.

CAVALCANTE, P. S.; MATOS, M. S.; CABRAL, M. B. B. S. O cirurgião-dentista na visão das crianças: estudo exploratório em centros municipais de educação infantil de Salvador, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 38, n. 2, p. 387-403, 2014.

CESAR, J.; MORAES, A. B. A.; MILGROM, P.; KLEINKNECHT, R. A. Cross validation of a Brazilian version of Dental Fear Survey. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 21, n. 3, p. 148-150, 1993.

CORTELO, F. M.; POSSOBON, R. D. F.; COSTA JUNIOR, A. L.; CARRASCOZA, K. C. Crianças em atendimento odontológico: arranjos psicológicos para a intervenção. **Revista OMNIA Saúde**, v. 11, n. 1, p. 01-14, 2014.

CURCIO, W. B. **Níveis de cortisol salivar de crianças em tratamento odontológico**. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado em Clínica Odontológica) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

DE OLIVEIRA, M. G.; ÁVILA, R. A.; CARVALHO, R. R.; GOMES, F. V.; DE MORAES, J. F. D.; WEBER, J. B. B. Dental fear and anxiety among children and their caregivers. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 13, n. 2, p. 137-141, 2014.

FÉLIX, L. F.; BRUM, S. C.; BARBOSA, C.; BARBOSA, O. Aspectos que influenciam nas reações comportamentais de crianças em consultórios odontológicos. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 7, n. 2, p. 13-16, 2016.

FERREIRA, A. M. B.; COLARES, V. Validation of the Brazilian Version of the Fear of Dental Pain Questionnaire-Short Form (S-FDPQ). **Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic**, v. 11, n. 2, p. 275-279, 2011.

GAZAL, G.; TOLA, A. W.; FAREED, W. M.; ALNAZZAWI, A. A.; ZAFAR, M. S. A randomized control trial comparing the visual and verbal communication methods for reducing fear and anxiety during tooth extraction. **The Saudi Dental Journal**, v. 28, n. 2, p. 80-85, 2016.

GOMES, S. S. R. **Reações comportamentais de crianças frente ao tratamento odontológico: relação entre medidas objetivas e medidas subjetivas**. 2013.70 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

HIRAMATSU, D. A.; TOMITA, N. E.; FRANCO, L. J. Perda dentária e a imagem do cirurgião-dentista entre um grupo de idosos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1051-1056, 2007.

HOLANDA, V. N.; BEZERRA, A. S.; TAVARES, A. R.; LIMA, C. I. R.; MAMEDE, L. T. S.; ARAÚJO, L. R. Q.; MILFONT, W. G.; RODRIGUES, A. Y. F.; LOPES, C. M. U. As bases biológicas do medo: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v.1, n.3, 2013.

KLEINKNECHT, R. A.; KLEPAK, R. K.; ALEXANDER, L. D. Origins and characteristics of fear of dentistry. **Journal of the American Dental Association**, v. 86, n. 4, p. 842–848, 1973.

KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 17, n. 6, p. 391-406, 2007.

LIMA, M. C. P. S. **Avaliação do medo infantil relacionado ao tratamento odontológico**.2014. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Cruzeiro do Sul, São Paulo, 2014.

LOPES, F.; PEDRO, R. L.; ANTUNES, L. A.; POMARICO, L.; MAIA, L. C. Percepção de responsáveis sobre medo odontológico e técnica alternativa para remoção de cárie. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 68, n. 2, p. 166-170, 2011.

LOUREIRO, S. R.; CARDOSO, C. L. Estresse e comportamento de colaboração em face do tratamento odontopediátrico. **Psicologia em estudo**, v. 13, n. 1, p. 133-141, 2008.

MA, L.; WANG, M.; JING, Q.; ZHAO, J.; WAN, K.; XU, Q. Reliability and validity of the Chinese version of the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 25, n. 2, p. 110-116, 2015.

MAIA, A. S.; BARROS, A. P. R.; SALAMA, I. C. C. A. Medo e ansiedade em odontopediatria. **Archives of Health Investigation**, v. 4, n. 1, 2015.

MARQUES, K. B. G.; GRADVOHL, M. P. B.; MAIA, M. C. G. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-ce. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 23, n. 4, p. 358-367, 2010.

MIALHE, F. L.; POSSOBON, R. F.; BOLIGON, F.; MENEZES, M. A. Medo Odontológico entre Pacientes Atendidos em um Serviço de Urgência. **Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada**, v.10, n.3, p.483-487, 2010.

MORAES, A. B. A.; SANCHEZ, K. A. S.; POSSOBON, R. F.; COSTA, A. L. Fear Assessment in Brazilian Children: The relevance of dental fear. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 3, p. 289-294, 2004.

MUNGARA, J.; INJETI, M.; JOSEPH, E.; ELANGO VAN, A.; SAKTHIVEL, R.; SELVARAJU, G. Child's dental fear: Cause related factors and the influence of audiovisual modeling. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v. 31, n. 4, p. 215-220, 2013.

NOGUEIRA, I.; PADOVANI, G. C.; SANTOS-PINTO, L. A.; ZUANON, A. C. C. O que provoca medo em crianças no consultório odontológico. **Revista Paulista de Odontologia**, v. 31, n. 2, p. 15-18, 2009.

PORRITT, J.; BUCHANAN, H.; HALL, M.; GILCHRIST, F.; MARSHMAN, Z. Assessing children's dental anxiety: a systematic review of current measures. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 41, n. 2, p. 130-142, 2013.

REIS, F.; DIAS, M. R.; LEAL, I. A consulta no setting odontopediátrico: A percepção subjectiva do medo. **Análise Psicológica**, v. 2, n. 26, p. 239-250, 2008.

RISLØV-STAUGAARD, S.; JØSSING, M.; KROHN, C. The role of negative and positive memories in fear of dental treatment. **Journal of Public Health Dentistry**, 2016.

SINGH, K. A.; MORAES, A. B. A.; AMBROSANO, G. M. B. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 14, n. 2, p. 131-136, 2000.

SOUZA, E. R. D.; DUARTE, S. A. M.; PINHEIRO, S. L.; BENGTON, A. L. Avaliação do medo infantil em diversas situações na clínica odontopediátrica. **JBP Revista Íbero-americana de Odontopediatria & Odontologia do Bebê**, v. 7, n. 39, p. 445-452, 2004.

TAANI, D. Q.; EL-QADERI, S. S.; ABU, A. Dental anxiety in children and its relationship to dental caries and gingival condition. **International Journal Dental Hygiene**, v. 3, n. 2, p. 83-87, 2005.

XIA, Y. H.; SONG, Y. R. Usage of a Reward System for Dealing with Pediatric Dental Fear. **Chinese Medical Journal**, v. 129, n. 16, p. 1935-1938, 2016.

3 ARTIGO

PERFIL DO MEDO APRESENTADO POR CRIANÇAS FRENTE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

PROFILE OF FEAR PRESENTED BY CHILDREN FRONT DENTAL TREATMENT

TAMARA DA SILVA GAMA. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil.

CÍCERA ALANE DE OLIVEIRA. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil.

EVALENA LIMA CABRAL. Acadêmica do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil.

CAMILA HELENA MACHADO DA COSTA FIGUEIREDO. Cirurgiã-dentista, Doutora em Odontologia pela Universidade Cruzeiro do Sul, docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil.

GYMENNA MARIA TENÓRIO GUÊNES. Cirurgiã-dentista, Doutora em Odontologia pela Universidade de Pernambuco, docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil.

ELIZANDRA SILVA DA PENHA. Cirurgiã-dentista, Mestre em Odontologia pela Universidade Potiguar, docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil.

AUTORA CORRESPONDENTE: Elizandra Silva da Penha
Universidade Federal de Campina Grande, UFCG, Patos, Paraíba, Brasil.
Avenida Universitária, s/n – Jatobá, Patos, Paraíba. CEP: 58708-110
Telefone: (83) 999444500
Email: elizandrapenha@hotmail.com

RESUMO

O presente estudo objetivou caracterizar quais são os principais fatores de medo frente ao atendimento odontológico em crianças de 6 a 12 anos de idade, determinando o perfil e percentual dessa população que o apresenta. A pesquisa foi realizada na Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande e Unidades Básicas de Saúde da Família localizadas no município de Patos-PB com uma amostra de 200 crianças com idade média de 8,5 anos. O instrumento utilizado para a mensuração do medo foi o questionário Dental Fear Survey. Após a coleta, os dados foram analisados estatisticamente através dos testes Qui-Quadrado e Exato de Fisher com ajuda do Statistical Package for Social Sciences. Os resultados apontaram um alto percentual de crianças com medo frente ao atendimento odontológico (92%) e que o principal fator desencadeante de medo na clínica odontopediátrica foi a anestesia (observação da agulha – 68% e sentir a anestesia – 55%). Não houve diferenças estatísticas significativas entre medo e gênero ($p=1,626$) e medo e faixa etária ($p=0,767$). Conclui-se que foi alta a porcentagem de crianças com medo e que a submissão à anestesia odontológica foi vista como um procedimento desconfortável e associado à dor, estando fortemente relacionada com o desenvolvimento do medo.

PALAVRAS-CHAVE: Medo. Odontopediatria. Relações Dentista-Paciente.

ABSTRACT

This study aimed to characterize what are the main factors of fear during dental care in children aged 6 to 12 years old, determining the profile and percentage of this population. The research was conducted at the Clinic School of Dentistry, Federal University of Campina Grande and Family Basic Health Units located in the city of Patos-PB with a sample of 200 children with an average age of 8.5 years. The instrument used to measure the fear was the questionnaire Dental Fear Survey. After collection, the data were statistically analyzed using the Chi-Square test and Fisher's Exact with the help of Statistical Package for Social Sciences. The results showed a high percentage of children with fear during dental care (92%) and the main triggering factor of fear in the

pediatric dental clinic was anesthesia (needle observation - 68% and feel the anesthesia - 55%). There were no statistically significant differences between fear and gender ($p = 1.626$) and fear and age ($p = 0.767$). We conclude that high was the percentage of children with fear and submission to dental anesthesia was seen as an uncomfortable and associated with pain procedure and is strongly related to the development of fear.

KEYWORDS: Fear. Pediatric Dentistry. Dentist-Patient Relationship.

INTRODUÇÃO

O medo é uma reação emocional diferenciada que possui um objeto de temor definido, a qual interfere no bem-estar, na integridade física e mental¹. A presença de um medo tem origem fisiológica e atua como um mecanismo de defesa do indivíduo perante uma situação interpretada como ameaçadora^{1,2}.

A imagem do cirurgião-dentista está fortemente associada á dor e esse fato faz com que os pacientes geralmente manifestem medo quando submetidos a procedimentos odontológicos, o que gera dificuldades no atendimento².

Na literatura, diferentes fatores etiológicos são citados como causadores do medo ao tratamento odontológico, como: experiências anteriores negativas ao tratamento vividas; a falta de informação sobre o procedimento que será realizado³; ideias disseminadas no imaginário popular, as quais ligam a figura do dentista a um estereótipo sádico⁴; a agulha anestésica⁵; o motor odontológico^{6,7}; além da realização de exodontias⁸.

No âmbito da odontopediatria, a presença do medo em pacientes é o principal agente que influencia negativamente o atendimento odontológico⁹. Isso decorre do fato de que o paciente infantil, geralmente, apresenta estímulos fisiológicos (dor) e aspectos psicológicos envolvidos no tratamento odontológico que são interpretados como perigosos para o seu bem-estar¹⁰. O reconhecimento precoce do medo no paciente odontopediátrico é indispensável para que possam ser adotadas técnicas de manejo mais adequadas, podendo dessa forma ser realizado o tratamento de maneira eficaz¹¹.

Os métodos mais utilizados para avaliar o medo odontológico em crianças são: avaliação do comportamento dentário durante o atendimento (p. ex. Escala de Frankl), medidas fisiológicas (p.ex. avaliação do pulso cardíaco e frequência respiratória), e avaliação psicométrica (ou seja, questionários preenchidos pelos pais ou pelas próprias crianças, p. ex. Dental Fear Survey - DFS)¹². O DFS foi desenvolvido por Kleinknecht, Klepak e Alexander (1973)¹³ e validado no Brasil de acordo com Cesar et al. (1993)¹⁴. Esse instrumento é eficaz na identificação dos estímulos de medo específicos e avaliação das reações dos pesquisados em relação ao tratamento odontológico, sendo amplamente utilizado em estudos com essa finalidade¹⁵⁻¹⁷.

Desta forma, os objetivos deste trabalho foram determinar o perfil e percentual das crianças de 6 a 12 anos de idade, com relação ao medo frente ao tratamento odontológico e caracterizar quais são os principais fatores de medo desta população. Para isso, foi formulada a hipótese nula de não ter diferença entre as faixas etárias e gêneros estudados quanto à presença de medo relacionado ao atendimento odontológico.

MATERIAL E MÉTODOS

Esse é um estudo do tipo transversal, observacional com abordagem indutiva, realizado na Clínica-Escola de Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) localizadas no município de Patos, situado no alto sertão paraibano. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos das Faculdades Integradas de Patos (Certificado de Apresentação e Apreciação Ética - CAAE: 47493015.6.0000.5181). Vale ressaltar que, antes do início da pesquisa, foram explicados seus objetivos e sua importância aos participantes e responsáveis, e se eles concordassem em participar eram convidados a assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e termo de assentimento.

A amostra de conveniência foi composta de 200 crianças de 6 a 12 anos com experiência odontológica prévia, de ambos os gêneros, que iriam realizar atendimento na Clínica-Escola de Odontologia da UFCG e UBSFs do município de Patos-PB e que não apresentavam nenhum sinal de atraso cognitivo de desenvolvimento, defeitos neurológicos e/ou distúrbios psicológicos diagnosticados ou tratados, além da ausência de necessidades especiais. Os critérios de exclusão foram a não aceitação da criança e pais em participar da pesquisa e a ausência de assinatura do TCLE pelo responsável.

O instrumento utilizado para medir o medo foi o questionário DFS desenvolvido por Kleinknecht, Klepak e Alexander (1973)¹³ e validado no Brasil por Cesar et al. (1993)¹⁴. Este questionário é composto por 14 questões sobre o tratamento odontológico, as quais analisam os seguintes fatores: marcar a consulta, aproximar-se do consultório, sala de espera, cadeira odontológica, cheiro do consultório, ver o cirurgião-dentista, exame odontológico, ver a agulha anestésica, sentir a anestesia, ver, escutar e sentir a caneta odontológica, fazer limpeza e sentir dor após a anestesia. O paciente assinala em cada pergunta as respostas de acordo com uma escala crescente de medo de 4 pontos, na qual são utilizadas fisionomias de desenho de crianças representando:

nenhum medo (1 ponto), pouco medo (2 pontos), com medo (3 pontos), e bastante medo (4 pontos)¹⁵. Antes das crianças serem atendidas, um pesquisador aplicou o questionário na sala de espera da clínica e UBSF's, fornecendo explicações básicas de como o questionário deveria ser respondido. Para as crianças que não sabiam ler, a pergunta foi feita pelo pesquisador e a criança apontava a fisionomia do desenho correspondente a sua resposta. Houve o registro e anotação da idade e gênero da criança em formulário específico para avaliação posterior.

Os dados foram analisados estatisticamente com a ajuda do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para Windows, versão 13.0, considerando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A associação entre variáveis foi verificada para análise através do teste Qui-Quadrado e Exato de Fisher.

RESULTADOS

Foram avaliadas 200 crianças das quais 107 eram do gênero masculino (53,5%) e 93 do gênero feminino (46,5%), a idade média foi de 8,5 anos, sendo 148 da faixa etária entre 06 a 09 anos (74%) e 52 da faixa etária entre 10 e 12 anos (26%). A maioria foi atendida nas UBSFs (64%).

Para fins didáticos, optou-se por adotar como critério para a mensuração do medo o somatório dos escores (nenhum medo – 1 ponto, pouco medo – 2 pontos, com medo – 3 pontos, bastante medo – 4 pontos) de cada pergunta do questionário. Quando a soma for um valor de 14 pontos, ou seja, todas as respostas corresponderam a nenhum medo, têm-se a ausência de medo, enquanto que quando a soma for um valor entre 15 e 56 pontos, ou seja, em pelo menos uma questão houve uma resposta diferente de nenhum medo, têm-se a presença de medo. Ao somar os escores das 14 questões do questionário DFS foi possível observar que o medo esteve presente na maior parte das crianças estudadas (92%) (Tabela 1).

Tabela 1: Avaliação do medo frente ao tratamento odontológico através do questionário DFS. Patos, 2016.

QUESTIONÁRIO DFS		
MEDO FRENTE AO TRATAMENTO	n	%
Ausência de medo	16	8
Presença de medo	184	92
TOTAL	200	100

A avaliação individual dos fatores desencadeantes de medo analisados pelo instrumento seguiu o seguinte raciocínio: o item nenhum medo representa a ausência de medo, enquanto que o somatório dos itens pouco medo, com medo e bastante medo apontam a presença de medo. O item nenhum medo foi o mais mencionado em 12 dos 14 parâmetros estudados. Os estímulos de medo cheiro do consultório e limpeza apresentaram elevados percentuais de nenhum medo. Foram avaliados 2 fatores relacionados ao procedimento anestésico, a observação da agulha anestésica e a sensação da penetração da agulha. O primeiro foi o parâmetro com maior prevalência do medo (68%), seguido do segundo (55%) (Tabela 2).

Tabela 2: Estímulos de medo avaliados pelo questionário DFS. Patos, 2016.

QUESTIONÁRIO DFS					
ESTÍMULOS DE MEDO	BASTANTE MEDO n(%)	COM MEDO n(%)	POUCO MEDO n(%)	NENHUM MEDO n(%)	TOTAL n(%)
Marcar a consulta	22 (11)	20 (10)	48 (24)	110 (55)	200 (100)
Aproximar-se do consultório	15 (7,5)	27 (13,5)	56 (28)	102 (51)	200 (100)
Sala de espera	15 (7,5)	26 (13)	40 (20)	119 (59,5)	200 (100)
Cadeira odontológica	28 (14)	29 (14,5)	38 (19)	105 (52,5)	200 (100)
Cheiro do consultório	8 (4)	12 (6)	20 (10)	160 (80)	200 (100)
Ver o dentista	20 (10)	20 (10)	36 (18)	124 (62)	200 (100)

Exame odontológico	12 (6)	16 (8)	43 (21,5)	129 (64,5)	200 (100)
Ver a agulha anestésica	79 (39,5)	24 (12)	33 (16,5)	64 (32)	200 (100)
Sentir a anestesia	44 (22)	40 (20)	26 (13)	90 (45)	200 (100)
Ver o motorzinho	22 (11)	22 (11)	32 (16)	124 (62)	200 (100)
Escutar o motorzinho	18 (9)	27 (13,5)	26 (13)	129 (64,5)	200 (100)
Sentir o motorzinho	28 (14)	21 (10,5)	28 (14)	123 (61,5)	200 (100)
Limpeza	4 (2)	3 (1,5)	7 (3,5)	186 (93)	200 (100)
Dor após anestesia	35 (17,5)	31 (15,5)	31 (15,5)	103 (51,5)	200 (100)

Ao associar o medo com a faixa etária através do teste estatístico Exato de Fisher não houve significância estatística entre as faixas de idade estudadas ($p=0,767$) (Tabela 3). O teste Qui-Quadrado foi utilizado para avaliar a associação entre medo e gênero, não sendo encontrada diferença estatisticamente significativa ($p=1,626$) (Tabela 4).

Tabela 3: Associação entre medo e faixa etária através do teste Exato de Fisher. Patos, 2016.

ANÁLISE ESTATÍSTICA – DFS			
FAIXA ETÁRIA	SEM MEDO	COM MEDO	p
06 a 09 ANOS	13	135	0,767 ^a
10 a 12 ANOS	3	49	

^aTeste estatístico Exato de Fisher

Tabela 4: Associação entre medo e gênero através do teste estatístico Qui-Quadrado. Patos, 2016.

ANÁLISE ESTATÍSTICA – DFS			
GÊNERO	SEM MEDO	COM MEDO	p
FEMININO	5	88	1,626 ^a
MASCULINO	11	96	

^aTeste estatístico Qui-Quadrado

DISCUSSÃO

Este estudo procurou determinar o medo em crianças antes da consulta odontológica além de verificar fatores associados, e observou-se que a porcentagem da presença de medo ao tratamento dental é elevada (92%). Estudar o perfil de crianças que frequentam o cirurgião-dentista com relação ao medo é importante, pois através desse torna-se possível conhecer os principais aspectos associados à presença de medo nos pacientes odontopediátricos, e assim planejar estratégias que visem melhorar o manejo do paciente infantil pelo cirurgião-dentista facilitando o atendimento.

Nesse estudo pôde-se constatar uma elevada prevalência de medo frente ao atendimento. Essa alta taxa encontrada pode ser explicada pelo fato de que todas as crianças avaliadas possuíam experiências odontológicas prévias, podendo essas refletir no desenvolvimento do medo odontológico, além da possível interferência dos tipos de procedimentos aos quais essas crianças foram submetidas, visto que procedimentos mais invasivos tendem a proporcionar maiores chances de ocorrência do medo. No entanto, estudos podem encontrar resultados contrários como o de Olak et al. (2013)¹⁸, o qual objetivou avaliar em uma amostra de 344 crianças com idade entre 8 e 10 anos a proporção de medo frente ao atendimento odontológico através do instrumento CFSS-DS, o

qual difere metodologicamente do instrumento utilizado no presente estudo. Os autores encontraram uma proporção de 6,1% de crianças que relataram medo.

Apesar dos vários instrumentos existentes para a mensuração do medo frente ao atendimento odontológico, esse é um estado emocional de difícil avaliação devido à sua subjetividade, visto que este está relacionado com a esfera comportamental do indivíduo. O medo é caracterizado por ser um estado emocional de alerta ante o perigo, onde há o conhecimento intelectual do mesmo, enquanto a ansiedade está relacionada com uma resposta emocional interna na qual não há identificação do objeto causador de ânsia^{19,20}. A correta distinção por parte dos entrevistados entre o medo e a ansiedade foi dificultosa, pois ambos possuem uma natureza interdependente, sendo assim fáceis de terem seus significados confundidos.

A presença de medo no paciente infantil representa um dos maiores obstáculos ao desenvolvimento do tratamento odontológico, pois a criança passa a dificultar ou evitar a consulta. Dessa forma a condição de saúde bucal tende a se agravar, o que aumenta o quadro de dor, causando maior desconforto na hora do atendimento e, conseqüentemente, maior possibilidade de medo²¹. Diferentes fatores podem desencadear essa sensação, tais como: anestesia, uso da caneta odontológica, a associação da imagem do cirurgião-dentista a um estereótipo sádico, EPI utilizado pelo cirurgião-dentista. Ao analisar os estímulos de medo, foi encontrado que os principais fatores associados foram a visualização (68%) e inserção (55%) da agulha anestésica, aspecto concordante com o estudo de Beena (2013)²², onde ao avaliar o nível de medo em procedimentos odontológicos em crianças de 6 a 12 anos através da escala CFSS-DS verificou que os índices foram maiores em relação à anestesia odontológica. Essa circunstância pode ser explicada pelo fato da visualização e inserção da agulha anestésica está fortemente ligada à sensação de desconforto. Nesses casos, uma alternativa eficaz para redução dos níveis de medo poderia ser a utilização de métodos de camuflagem da seringa e o uso de anestésico tópico antes do procedimento.

Em relação a ver (38%), escutar (35,5%) e sentir (38,5%) a caneta odontológica os níveis de medo encontrados nesse estudo foram relativamente baixos, uma vez que esse instrumento geralmente está associado a procedimentos invasivos que apresentam maior tendência em desencadear medo. Esses resultados encontrados podem ter ocorrido pelo fato de que a maior parte das crianças avaliadas tenha sido previamente submetida a procedimentos mais simples, nos quais não houve experiências dolorosas associadas ao uso da caneta de alta ou baixa rotação.

Para a determinação do perfil dos pacientes infantis com medo na clínica odontopediátrica, optou-se por caracterizar as crianças estudadas com relação ao gênero (feminino e masculino) e a faixa etária (06 a 09 anos e 10 a 12 anos), com o intuito de agrupá-las segundo características e fases de desenvolvimento intelectual semelhantes, o que facilita a compreensão dos resultados encontrados. A faixa etária e o gênero não foram associados ao medo, concordando com o estudo de Xia, Song (2016)¹⁰, o qual avaliou a eficácia de um método para redução do medo odontopediátrico em 100 pacientes, utilizando como instrumento para a coleta de dados a CFSS-DS. Na pesquisa não foram encontradas diferenças estatísticas em relação ao gênero e a faixa etária. No entanto há na literatura achados contrários a esse como no estudo de Raj et al. (2013)²³, o qual avaliou o medo odontopediátrico durante a primeira visita ao dentista, utilizando a CFSS-DS em 600 crianças de 4 a 14 anos e encontrou que existe uma associação do medo com a faixa etária, concluindo que o medo diminui com o aumento da idade.

O questionário DFS se mostrou um eficiente instrumento de mensuração do medo, pois possibilitou conhecer a porcentagem de crianças temerosas e analisar individualmente cada fator desencadeante, identificando os mais associados, o que é primordial para a elaboração de estratégias direcionadas ao controle e prevenção do medo na clínica odontopediátrica.

As experiências odontológicas anteriores vivenciadas pela criança exercem influência direta sobre o desenvolvimento de medo frente ao tratamento²⁴. O medo odontológico infantil representa uma difícil barreira a ser rompida e se não tratado pode persistir na vida adulta. Portanto é essencial o domínio sobre as técnicas de manejo e o conhecimento dos fatores desencadeantes do medo por parte do cirurgião-dentista para a redução do medo no tratamento odontopediátrico²⁵.

CONCLUSÃO

Conclui-se que nesse estudo foi alto o percentual de crianças com medo frente ao atendimento odontológico e o principal fator desencadeante de medo na clínica odontopediátrica foi a anestesia. Não houve diferenças estatísticas em relação ao gênero e faixa, confirmando a hipótese proposta.

REFERÊNCIAS

1. Holanda VN, Bezerra AS, Tavares AR, Lima CIR, Mamede LTS, Araújo LRQ, et al. As bases biológicas do medo: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Interfaces*. 2013; 1(3).
2. Marques KBG, Gradwohl, MPB, Maia MCG. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-ce. *RBPS*. 2010; 23(4): 358-367.

3. Andrade DSP, Minhoto TB, Campos FAT, Gomes MC, Garcia AFG, Ferreira JMS. Percepção infantil através de desenhos e caracterização verbal sobre o cirurgião-dentista. *Arq Odontol.* 2013; 49(4):184-190.
4. Bottan ER, Silveira EG, Odebrecht CMR, Araújo SM, Farias MMAG. Relação entre ansiedade ao tratamento dentário e caracterização do “Dentista ideal”: Estudo com crianças e adolescentes. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac.* 2010; 51(1):19-23.
5. Berge KG, Vika M, Agdal ML, Lie SA, Skeie MS. Reliability, validity and cutoff score of the Intra-Oral Injection Fear scale. *Int J Paediatr Dent.* 2016.
6. Mialhe FL, Possobon RF, Boligon F, Menezes MA. Medo Odontológico entre Pacientes Atendidos em um Serviço de Urgência. *PBOCI.* 2010; 10(3): 483-487.
7. Carter AE, Carter G, Boschen M, Alshwaimi E, George R. Pathways of fear and anxiety in dentistry. *World J Clin Cases.* 2014; 2(11): 642-653.
8. Gazal G, Tola AW, Fareed WM, Alnazzawi AA, Zafar MS. A randomized control trial comparing the visual and verbal communication methods for reducing fear and anxiety during tooth extraction. *Saudi Dent J.* 2016; 28(2): 80-85.
9. Maia AS, Barros APR, Salama ICCA. Medo e ansiedade em odontopediatria. *Arch Health Invest.* 2015; 4(1).
10. Xia YH, Song YR. Usage of a Reward System for Dealing with Pediatric Dental Fear. *Chin Med J.* 2016; 129(16): 1935-1938.
11. Ma L, Wang M, Jing Q, Zhao J, Wan K, Xu Q. Reliability and validity of the Chinese version of the Children’s Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *Int J Paediatr Dent.* 2015; 25(2): 110-116.
12. Porritt J, Buchanan H, Hall M, Gilchrist F, Marshman Z. Assessing children’s dental anxiety: a systematic review of current measures. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2013; 41(2): 130-142.
13. Kleinknecht RA, Klepak RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *JADA.* 1973; 86(4): 842–848.
14. Cesar J, Moraes ABA, Milgrom P, Kleinknecht RA. Cross validation of a Brazilian version of Dental Fear Survey. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993; 21(3): 148-150.
15. Taani DQ, El-Qaderi SS, Abu A. Dental anxiety in children and its relationship to dental caries and gingival condition. *Int J Dent Hygiene.* 2005; 3(2): 83-87.
16. Bottan ER, Lehmkuhl GL, Araújo SM. Ansiedade no tratamento odontológico: estudo exploratório com crianças e adolescentes de um município de Santa Catarina. *RSBO.* 2007; 5(1): 13-19.
17. Loureiro SR, Cardoso CL. Estresse e comportamento de colaboração em face do tratamento odontopediátrico. *Psicol Estud.* 2008; 13(1): 133-141.
18. Olak J, Saag M, Honkala S, Nömmela R, Runnel R, Honkala E, et al. Children’s dental fear in relation to dental health and parental dental fear. *Stomatologija.* 2013; 15(1): 26-31.
19. Pereira VZ, Barreto RC, Pereira GAS, Cavalcanti HRBB. Avaliação dos Níveis de Ansiedade em Pacientes Submetidos ao Tratamento Odontológico. *RBCS.* 2013; 17(1): 55-64.
20. Medeiros LA, Ramiro FMS, Lima CAA, Souza LMA, Fortes TMV, Gropp, FC. Avaliação do grau de ansiedade dos pacientes antes de cirurgias orais menores. *Rev Odontol UNESP.* 2013; 42(5): 357-363.
21. Cavalcante PS, Matos MS, Cabral MBBS. O cirurgião-dentista na visão das crianças: estudo exploratório em centros municipais de educação infantil de Salvador, Bahia. *RBSP.* 2014; 38(2): 387-403.
22. Beena JP. Dental subscale of children's fear survey schedule and dental caries prevalence. *Eur J Dent.* 2013; 7(2): 181-185.
23. Raj S, Agarwal M, Aradhya K, Konde S, Nagakishore V. Evaluation of dental fear in children during dental visit using Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *Inter J Clin Pediatr Dent.* 2013; 6(1): 12-15.

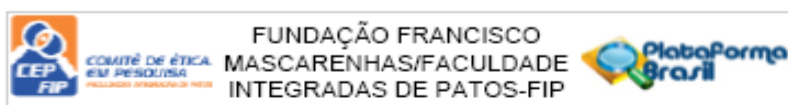
24. Jafarzadeh M, Keshani F, Ghazavi Z, Keshani, F. Reviewing the parental standpoint about origin of the dental fear in children referred to dentistry centers of Isfahan University of Medical Sciences. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2011; 16(1): 133-139.
25. Melo RB, Lima FC, Moura GM, Silva PG, Gondim JO, Moreira-Neto JJ. Avaliação da relação entre procedimentos odontológicos e comportamento infantil. *ROBRAC.* 2015; 23(68): 20-25.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir com os resultados obtidos que é alta a porcentagem de crianças com medo frente ao atendimento odontológico e que a submissão a anestesia odontológica é encarada pelo paciente infantil como um procedimento desconfortável e associado a dor, estando fortemente relacionada com o desenvolvimento do medo. Esse estado emocional representa um obstáculo na clínica odontopediátrica, pois muitas vezes está associado ao adiamento ou cancelamento do tratamento, possibilitando o agravamento das condições bucais da criança.

Os achados da pesquisa podem ser utilizados para a elaboração de estratégias de controle e prevenção desse estado emocional, contribuindo assim para a melhoria da prática odontológica.

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO MEDO E ANSIEDADE DE CRIANÇAS NA CLÍNICA ODONTOPEDIÁTRICA

Pesquisador: Elizandra Silva da Penha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47493015.6.0000.5181

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.262.784

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PATOS, 06 de Outubro de 2015

Assinado por:
Flaubert Paiva
(Coordenador)

Endereço: Rua Horácio Mátvega 591
Bairro: São Horizonte CEP: 55.704-200
UF: PB Município: PATOS
Telefone: (33)3421-7300 Fax: (33)3421-4047 E-mail: cepfp@foconline.com.br

ANEXO B – Normas de submissão da Revista UNINGÁ Review

ESTRUTURA DO MANUSCRITO

- **Artigos originais (experimental clássico):** incluem estudos controlados e randomizados, estudos observacionais, bem como pesquisa básica com animais de experimentação. Os artigos originais deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, *abstract*, *keywords*, introdução, material e métodos, resultados, discussão, conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências.

- **Artigos de revisão ou atualização:** avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a um certo tema de importância clínica. Profissionais de reconhecida experiência são periodicamente convidados a escrever revisões ou atualizações. Contudo, autores que julgarem poder contribuir com análises/ estudos sobre temas específicos poderão encaminhar seus manuscritos para nossa análise editorial. Os artigos de revisão ou atualização deverão conter: identificação do(s) autor(es) e autor de correspondência, resumo, palavras-chave, *abstract*, *keywords*, introdução, material e métodos (descrevendo os parâmetros utilizados para a seleção das referências bem como de outros parâmetros utilizados), discussão - exclusivamente textual ou ilustrada com elementos gráficos como figuras e tabelas, para melhor visualização dos dados em análise, conclusões, agradecimentos (se houver), financiamento (se houver) e referências.

PREPARANDO O MANUSCRITO SEGUNDO AS NORMAS EDITORIAIS

1- TEXTO: deve ser redigido em no máximo 12 páginas, em formato eletrônico, utilizando como editor de texto o Microsoft Word, com espaçamento simples, sem espaços ociosos entre os parágrafos e fonte Times New Roman de tamanho 10. As margens devem ter 3 cm à esquerda e à direita e 2 cm acima e abaixo. O texto deverá estar justificado à página. Para a redação, utilize-se da terceira pessoa do singular e do verbo na voz ativa.

2- TÍTULO: em português, deverá estar em negrito e centralizado no topo da primeira página, utilizando-se fonte de tamanho 18, em caixa alta (letras maiúsculas). O título em inglês, logo abaixo, deverá ser redigido em caixa alta, com fonte de tamanho 12.

3- IDENTIFICAÇÃO DO(S) AUTOR(ES): o(s) autor(es) deverá(ão) se identificar logo abaixo do título em inglês, com o nome digitado em caixa alta e justificado à página. Depois do nome do(s) autor(es), deve constar respectivamente a titulação e a instituição a que pertence/representa. Exemplos:

FULANO DE TAL. Acadêmico do curso de graduação em Medicina da Faculdade Nonono.

SICLANA DE TAL. Cirurgiã-Dentista, Doutora pela Faculdade de Odontologia da Universidade Nonono, docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Momomo.

4- ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: abaixo da identificação do(s) autor(es), deve constar os dados do autor responsável pela correspondência: rua, bairro, cidade, estado, país, CEP e e-mail. Preferencialmente, o orientador do estudo deverá ser designado para os diálogos com o Corpo Editorial da Revista **UNINGÁ Review**, fornecendo preferencialmente seus contatos profissionais.

5- RESUMO/ ABSTRACT: logo abaixo do endereço para correspondência, deverá ser digitada a palavra RESUMO, alinhado à esquerda, em negrito e em caixa alta. Na linha seguinte, deverá ser apresentado um breve resumo do manuscrito, com no máximo 200 palavras, seguido de 3 a 5 PALAVRAS-CHAVE*. O resumo deve ressaltar o fator motivador para a redação do trabalho, sendo composto por frases simplificadas (concisas), afirmativas, sem apresentação de itens enumerados com tópicos. Deverá ser redigido em parágrafo único. Símbolos que não sejam comumente utilizados, fórmulas, equações, diagramas, entre outros, devem ser evitados. O *ABSTRACT*, de mesmo teor do resumo deverá ser apresentado abaixo do resumo e seguido pelas *KEYWORDS**, com significado equivalente às palavras-chave.

* Para utilizar palavras-chave/ keywords, utilize os “Descritores em Ciências da Saúde” DeCS/BIREME, disponível em <http://decs.bvs.br>. Caso não sejam encontrados os descritores disponíveis para cobrir a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

6- INTRODUÇÃO: abaixo do Abstract, escreva a palavra INTRODUÇÃO, centralizada em caixa alta e em negrito. Neste item, deve ser abordado o referencial teórico pesquisado para a elaboração do artigo. Se necessário, o texto poderá ser subdividido por subtítulo(s) sugestivo(s), grafados com alinhamento à esquerda e em negrito. A introdução deverá ser finalizada com a hipótese e o(s) objetivo(s) do estudo realizado, sem a necessidade de evidenciá-los em subtítulos.

7- MATERIAL E MÉTODOS: depois da introdução, deverá constar o item MATERIAL E MÉTODOS, centralizado em caixa alta e em negrito. Neste item, os autores devem detalhar os recursos materiais e metodológicos utilizados para realização do trabalho.

Abreviaturas: para unidades de medida, utilize somente as unidades do Sistema Internacional de Unidades (SI). Utilize apenas abreviaturas e símbolos já padronizados, evitando incluí-las no título do manuscrito e no resumo. O termo completo deve preceder a abreviatura quando ela for empregada pela primeira vez, salvo no caso de unidades comuns de medida.

8 – RESULTADOS: a seguir, constar o item RESULTADOS, centralizado em caixa alta e em negrito nos manuscritos chamados de originais (experimentação clássica), com resultados inéditos. Revisões da Literatura ficam dispensadas deste item de formatação. Figuras e Tabelas (se houver) deverão ser inseridas pelos autores no corpo do texto em local onde sua visualização facilite a compreensão do estudo apresentado.

- Se houver Figuras, recomenda-se que sejam coloridas, com numeração arábica progressiva. O título da figura deverá aparecer abaixo desta, seguido pela sua respectiva legenda, em fonte de tamanho 10. As figuras devem possuir pelo menos 300 dpi, no formato .JPG. Não serão aceitas imagens fora de foco;

- Se apresentar Tabelas, o título desta deverá ser inserido sobre (acima) a tabela, com numeração arábica progressiva, indicando, logo abaixo, a fonte da pesquisa (se houver), ou algum item de observação relevante para interpretação de seu conteúdo. Os resultados apresentados em tabelas não devem ser repetidos em gráficos, e vice-versa;

No texto, a referência às Tabelas ou Figuras deverá ser feita por algarismos arábicos. Note que não deverá ser feita inserção os elementos denominando-os como: esquema, diagrama, gráfico etc. Os elementos gráficos do artigo necessariamente deverão ser chamados de Figura ou de Tabela. Recomenda-se que o total de Figuras e Tabelas não seja superior a oito.

9- DISCUSSÃO: após a apresentação dos resultados, deve constar o item DISCUSSÃO, centralizado em caixa alta e em negrito. Os autores deverão comentar sobre seus achados experimentais, contextualizando-os com os registros prévios na literatura científica especializada.

10- CONCLUSÕES: após a discussão, deve constar o item CONCLUSÕES, centralizado em caixa alta e em negrito. O(s) autor(es) deverá(ão) responder de modo afirmativo ou negativo sobre a hipótese que motivou a realização do estudo, por meio do alcance dos objetivos propostos. No último parágrafo, o(s) autor(es)

poderá(ão) expressar sua contribuição reflexiva (de cunho pessoal), e/ou versar sobre as perspectivas acerca do estudo realizado.

11- FINANCIAMENTO: o(s) autor(es) deve(m) indicar a(s) fonte(s) de financiamento da pesquisa (agências de fomento, empresas, etc.).

12- REFERÊNCIAS: é o último item de formatação do manuscrito, sendo identificada pela palavra REFERÊNCIAS, centralizada em caixa alta e em negrito. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto e normalizadas no estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com o *Index Medicus (List of Journals Indexed in Index Medicus*, disponível em <http://www.nlm.nih.gov>). Utilize fonte Times New Roman de tamanho 9. Listar todos os autores quando até seis; quando forem sete ou mais, listar os seis primeiros, seguidos de et al. As referências são de responsabilidade dos autores e devem estar de acordo com os originais.

Exemplos de referências:

LIVROS:

1. Vellini-Ferreira F. Ortodontia: diagnóstico e planejamento clínico. 3ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
2. Kane AB, Kumar V. Patologia ambiental e nutricional. In: Cotran RS. Robbins: patologia estrutural e funcional. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

PERIÓDICOS CIENTÍFICOS:

3. Ong JL, Hoppe CA, Cardenas HL, Cavin R, Carnes DL, Sogal A, et al. Osteoblast precursor cell activity on HA surfaces of different treatments. J Biomed Mater Res 1998 Feb; 39(2):176-83.

WEBSITES:

4. World Health Organization. Oral health survey: basic methods. 4th ed. Geneva: ORH EPID: 1997. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Imunoterapia. [acesso 11 mar. 2012] Disponível em: <http://inca.gov.br/tratamento/imunoterapia.htm>

MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES:

5. Mutarelli OS. Estudo in vitro da deformação e fadiga de grampos circunferenciais de prótese parcial removível, fundidos em liga de cobalto-cromo e em titânio comercialmente puro. [tese] São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2000.

ANAIS DE EVENTOS OU ENCONTROS CIENTÍFICOS:

6. Ribeiro A, Thylstrup A, Souza IP, Vianna R. Biofilme e atividade de cárie: sua correlação em crianças HIV+. In: 16ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica; 1999; set 8; Águas de São Pedro. São Paulo: SBPqO; 1999.

IMPORTANTE

A **Master Editora** permite a reprodução do conteúdo de qualquer das edições da Revista **UNINGÁ Review**, no todo ou em parte, desde que sejam mencionados o nome do autor e a origem, em conformidade com a legislação sobre Direitos Autorais.

O artigo será publicado eletronicamente e estará disponível no *website* da Master Editora, na página da Revista **UNINGÁ Review**, podendo estar vinculado à outros portais ou bases de dados científicas.

As datas de recebimento e aceitação do manuscrito serão registradas no artigo publicado.

As provas do artigo serão enviadas ao autor de correspondência via e-mail, devendo ser conferida e devolvida no prazo máximo de uma semana.

Lista de arquivos a ser encaminhados para submissão pelo site:

- () Documento formato Microsoft Word do manuscrito (autor.doc);
- () Carta de solicitação de análise editorial do manuscrito, devidamente preenchida e assinada por todos os autores, transferindo todos os direitos autorais, caso o manuscrito venha a ser publicado sob a forma de artigo científico, no formato PDF (autor-direitos.doc);
- () Documento comprobatório de aprovação do estudo em Comitê de Ética, para estudos experimentais com seres humanos ou com animais.

Normas gerais e procedimentos editoriais após a submissão do manuscrito

Os manuscritos submetidos para publicação na Revista **UNINGÁ Review** devem ser originais e não divulgados previamente. Serão aceitos para submissão: manuscritos originais ou de revisão/ atualização literária.

O manuscrito será submetido inicialmente ao Editor-Chefe da Revista **UNINGÁ Review** para uma análise preliminar de mérito, relevância e contribuição para expansão da fronteira do conhecimento científico. Eventualmente, os artigos poderão ser publicados a convite do Editor-Chefe do periódico.

Uma vez que o manuscrito submetido seja aceito para publicação, a **UNINGÁ** e a Revista **UNINGÁ Review** passam a deter os direitos autorais exclusivos sobre o seu conteúdo, podendo autorizar ou desautorizar a sua veiculação, total ou parcial, em qualquer outro meio de comunicação, resguardando-se a divulgação de sua autoria original. Para tanto, deverá ser encaminhado junto com o manuscrito uma “Carta de Transferência de Direitos Autorais” (que é fornecida aos autores no momento da comunicação do aceite de publicação), contendo a assinatura de cada um dos autores.

Manuscrito de pesquisa com seres humanos deverá ser submetido junto com uma cópia de autorização pelo Comitê de Ética da instituição onde o trabalho foi realizado, ou do Comitê de Ética mais próximo da instituição onde o estudo foi realizado. O mesmo procedimento deverá ser adotado, caso a experimentação científica tenha utilizado animais.

Com o parecer preliminar favorável do Editor-Chefe, o manuscrito seguirá para dois pareceristas *ad hoc*. Cada um deles receberá os textos sem a identificação do(s) autor(es). Após o recebimento do parecer das duas análises *ad hoc*, o Editor-Chefe encaminhará uma síntese do parecer final ao(s) autor(es). Dois pareceres *ad hoc* desfavoráveis à publicação do manuscrito implica na recusa automática da Revista **UNINGÁ Review** em publicar o manuscrito sob a forma de artigo científico, sendo as considerações motivadoras da decisão editorial devolvidas ao(s) autor(es).

O parecer favorável para publicação de apenas um dos pareceristas *ad hoc*, leva o manuscrito novamente para análise do Editor-Chefe, que poderá decidir pela publicação (como um terceiro parecerista), ou efetivamente encaminhá-lo para uma

terceira análise *ad hoc*, após o que, havendo dois pareceres favoráveis o manuscrito poderá ser publicado.

Quando e se necessário, serão solicitadas alterações e revisões aos autores. Ao Conselho Editorial da Revista **UNINGÁ Review** reserva-se o direito de aceitar, sugerir alterações ou recusar os trabalhos encaminhados para publicação. A Revista **UNINGÁ Review** se reserva ainda o direito de realizar alterações textuais de caráter formal, ortográfico ou gramatical antes de encaminhá-lo para publicação.

IMPORTANTE

* Desde de **01/07/2013**, a Revista **UNINGÁ Review (ISSN 2178-2571)** passou a adotar o formato *Open Access Journal* (Revista Científica de Acesso Aberto) garantindo que o acesso aos artigos publicados seja irrestrito e gratuito. Os autores não terão nenhum custo financeiro para submissão e a subsequente análise do manuscrito pelo corpo editorial do periódico. Entretanto, caso um manuscrito seja aceito para publicação, o autor responsável (autor de correspondência) poderá confirmar o interesse pela publicação realizando o pagamento da taxa de publicação, no valor de R\$ 180,00 (cento e oitenta reais)**, em função dos custos relativos aos procedimentos editoriais.

Os artigos submetidos à publicação até 30/06/2013 não terão custo financeiro para sua publicação, em caso de aceite.

** Valor atualizado em 01/01/2015.

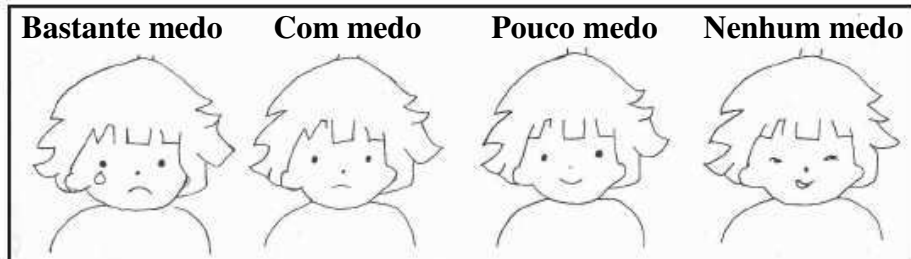
Frisa-se que os conceitos emitidos nos textos são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Corpo Editorial da Revista **UNINGÁ Review (ISSN 2178-2571)**. Finalmente, a **Editora Master** e a Revista **UNINGÁ Review (ISSN 2178-2571)**, ao receber os manuscritos, não assumem tacitamente o compromisso de publicá-los.

Em caso de dúvidas, críticas ou sugestões, entre em contato pelo e-mail: review@uninga.br
A/C. Prof. Dr. Mário dos Anjos Neto Filho - Editor-Chefe do periódico Revista **UNINGÁ Review (ISSN 2178-2571)**.

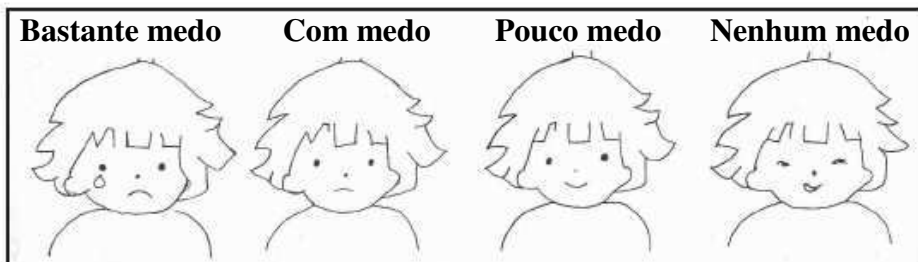
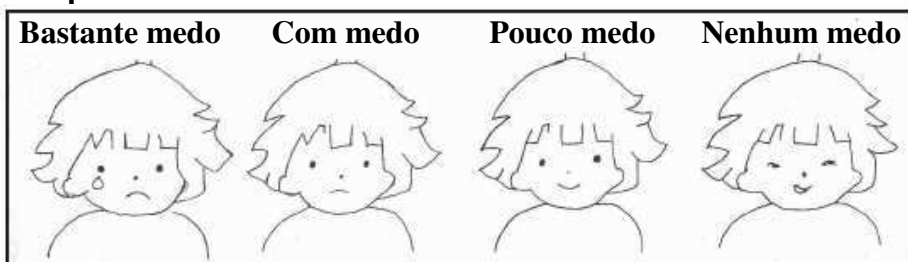
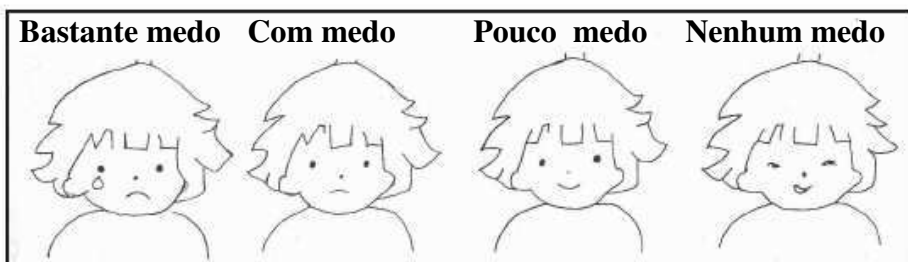
Master Editora - Fone: 44 4141-7500 - Rua Princesa Isabel - 1236 - Maringá/PR
email: mastereditora@mastereditora.com.br

ANEXO C – Questionário DFS

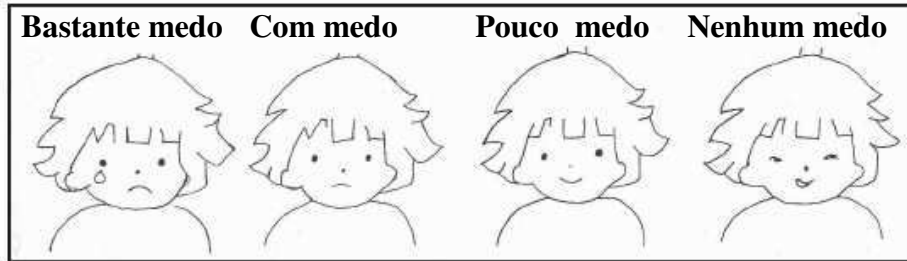
Cada pergunta deste questionário avaliará seu medo de acordo com a escala abaixo:



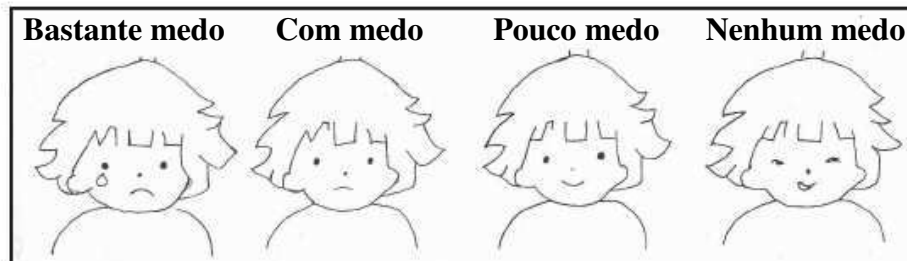
Assinale o quanto você tem medo de:

1. Marcar uma consulta no dentista**2. Aproximar-se de um consultório de dentista****3. Ficar sentado na sala de espera do consultório**

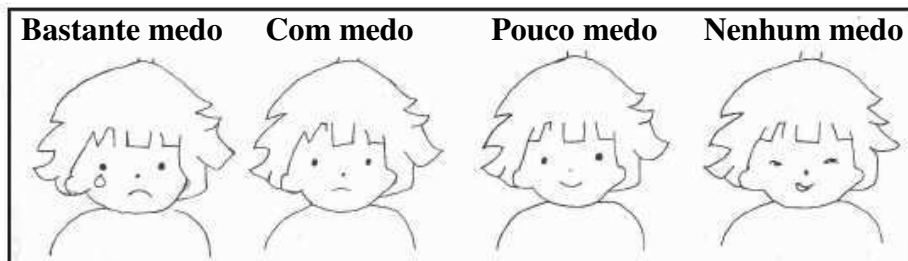
4. Ficar sentado na cadeira do dentista



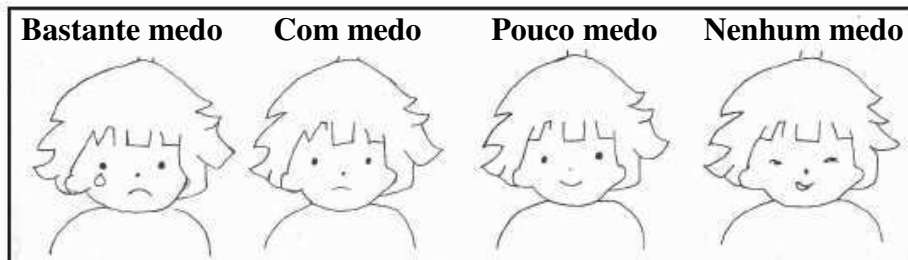
5. Sentir o cheiro do consultório do dentista



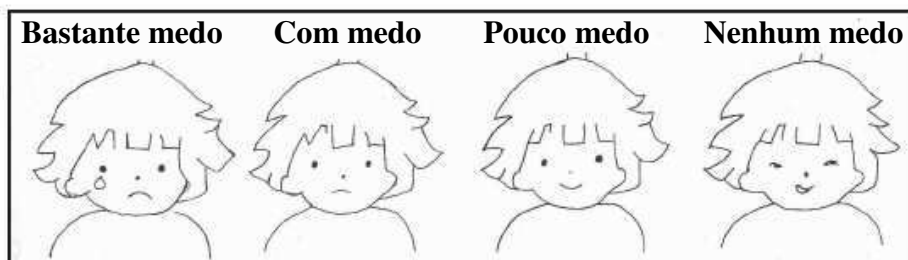
6. Ver o dentista se aproximando de você



7. Fazer um exame dos seus dentes



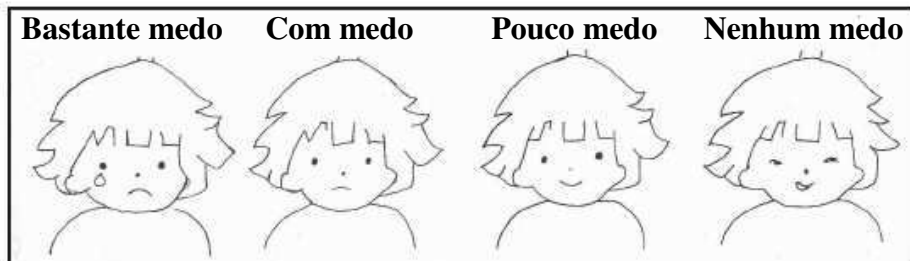
8. Ver a agulha da anestesia



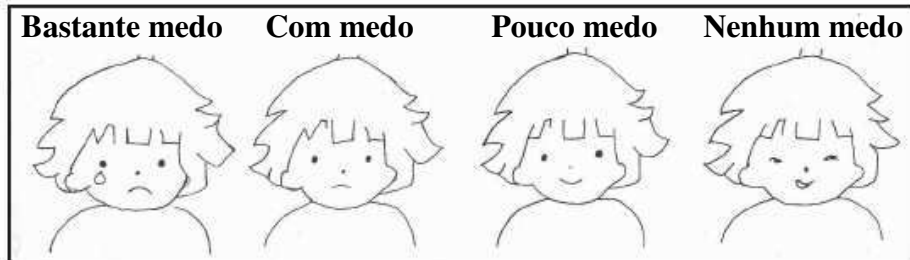
9. Sentir a anestesia



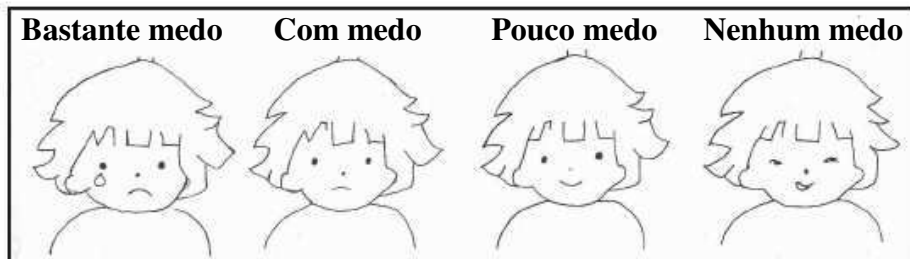
10. Ver o motorzinho do dentista



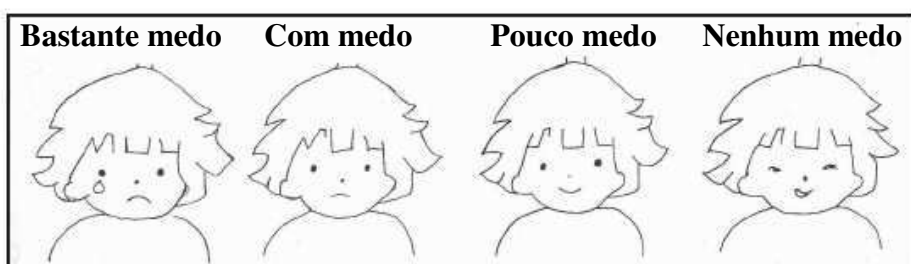
11. Escutar o motorzinho do dentista



12. Sentir o motorzinho do dentista na sua boca



13. Ter o dente limpo



14. Sentir dor após anestesia