

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE
CURSO DE BACHARELADO EM ODONTOLOGIA**

BRUNA LORENA DE OLIVEIRA ARAÚJO

**DESAFIOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA CLÍNICA INFANTIL FRENTE AO
MEDO E A ANSIEDADE DOS PACIENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

**MOSSORÓ – RN
2021**

BRUNA LORENA DE OLIVEIRA ARAÚJO

DESAFIOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA CLÍNICA INFANTIL FRENTE AO MEDO E A ANSIEDADE DOS PACIENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Monografia apresentada a Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE – como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

ORIENTADOR: Prof. Ms. Rodrigo José Fernandes de Barros

MOSSORÓ– RN
2021

Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN – FACENE/RN.
Catalogação da Publicação na Fonte. FACENE/RN – Biblioteca Sant'Ana.

A663d Araújo, Bruna Lorena de Oliveira.
Desafios do cirurgião-dentista na clínica infantil frente ao
medo e a ansiedade dos pacientes: uma revisão integrativa /
Bruna Lorena de Oliveira Araújo. – Mossoró, 2021.
29 f. : il.

Orientador: Prof. Me. Rodrigo José Fernandes de Barros.
Monografia (Graduação em Odontologia) – Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Odontopediatria. 2. Transtorno de ansiedade. 3. Clínica
infantil. I. Barros, Rodrigo José Fernandes de. II. Título.

CDU 616.314-053.5

BRUNA LORENA DE OLIVEIRA ARAÚJO

**DESAFIOS DO CIRURGIÃO-DENTISTA NA CLÍNICA INFANTIL FRENTE AO
MEDO E A ANSIEDADE DOS PACIENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Monografia apresentada a Faculdade de
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –
FACENE – como requisito obrigatório para
obtenção do título de Bacharel em Odontologia.

Aprovada em: 04/12/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof. Ms. Rodrigo José Fernandes de Barros
Faculdade Nova Esperança de Mossoró

Prof. Dr^a. Mariana Linhares Almeida
Faculdade Nova Esperança de Mossoró

Prof. Dr^a. Jéssica Costa de Oliveira
Faculdade Nova Esperança de Mossoró

AGRADECIMENTOS

À Deus, primeiramente, por ter me dado a oportunidade de conseguir realizar meu sonho de ser cirurgiã-dentista. Sou eternamente grata por este acontecimento em minha vida.

À minha mãe, por todo apoio para que eu sempre seguisse firme na direção dos meus sonhos e por todas as vezes que teve que cuidar do meu filho para que eu pudesse eu ir à faculdade.

Ao meu pai, que sempre se orgulhou de mim e que contribuiu da maneira que pode para me ajudar.

Ao meu filho, Gabriel, por toda compreensão nos momentos que precisei me ausentar para ir em busca do meu sonho, que é orgulho para você também. Foi tudo por você!

Ao meu namorado, Washington, pois por diversas vezes pôs minha faculdade em primeiro lugar na vida dele sempre me ajudando em tudo que eu precisei durante todos esses anos de curso. Minha eterna gratidão.

Às minhas irmãs, que estão tão orgulhosas quanto eu na realização da minha conquista. Elas são meu porto seguro em todos os momentos.

Às minhas amigas, Geovanna e Aklenia, que juntas nos ajudamos a passar por todas as etapas deste curso. Nossa amizade vai além da faculdade. Eu amo vocês “migas”.

Ao meu querido orientador, Rodrigo, pela dedicação e paciência e por me acalmar com palavras positivas sempre que o nervosismo chegava. Eu não poderia ter escolhido melhor orientador. Muito obrigada!

À minha banca, professoras Mariana Almeida e Jessica Oliveira, muito obrigada pela disponibilidade e por todos os ensinamentos que contribuíram para melhoria deste trabalho.

A todos os meus professores pelas informações e conhecimentos fornecidos.

Aos meus colegas de turma que foram uma família para mim durante todos esses anos, erramos juntos, aprendemos juntos e crescemos juntos. Desejo a todos muito sucesso!

E em especial ao meu eterno padrasto, Haroldo Dantas (*in memoriam*), a quem tenho uma enorme gratidão e que tenho certeza de que está junto de Deus, protegendo-me e guiando-me durante todos esses anos.

A todos o meu muito obrigada!

RESUMO

A assistência odontológica infantil enfrenta diversos desafios na prática clínica. O medo e/ou a ansiedade fazem com que a criança apresente rejeição ao tratamento odontológico, contribuindo para agravamentos. O presente estudo, objetiva analisar, a partir da literatura, os entraves e os desafios enfrentados na prática da clínica odontológica infantil frente ao medo e a ansiedade dos pacientes. Nesse sentido, foi desenvolvida uma pesquisa com metodologia de revisão narrativa, com abordagem qualitativa nas bases de dados Biblioteca Virtual *Scientific Eletronic Libray Online* (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline) e PubMed. Nos procedimentos de busca foram empregados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Ansiedade ao Tratamento Odontológico, Dental Anxiety, Assistência Odontológica para Crianças, Dental Care for Children, odontopediatria e Pediatric Dentistry. No rastreamento das publicações será utilizado o operador lógico "AND", de modo a combinar os termos. Os resultados apontam que o medo e ansiedade ao tratamento odontológico infantil constituem barreiras para o desenvolvimento dos procedimentos, em especial, aqueles mais invasivos; para o retorno da continuação do tratamento, que podem incorrer em cáries e outros problemas bucais por falta de tratamento odontológico adequado; fugas e comportamentos mais arremios durante a realização dos procedimentos; e, sofrimento psíquico na criança. Portanto, os cirurgiões-dentistas podem optar por abordagens mais dialógicas, nas quais procure conhecer primeiro o paciente pediátrico, avaliando seu comportamento, para que possa explicar e ilustrar os procedimentos realizados e, só, então, realizar os procedimentos.

Palavras-chaves: Odontopediatria; transtorno de ansiedade; clínica infantil.

ABSTRACT

Child dental care faces several challenges in clinical practice. Fear and/or anxiety make the child reject dental treatment, contributing to aggravation. The present study aims to analyze, based on the literature, the obstacles and challenges faced in the practice of children's dental clinic in the face of patients' fear and anxiety. In this sense, a research was developed with narrative review methodology, with a qualitative approach in the Virtual Scientific Electronic Library Online Library (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs) and Online Search System and Medical Literature Analysis (Medline) and PubMed. In the search procedures, the following Health Sciences Descriptors (DECS) were used: Dental Treatment Anxiety, Dental Anxiety, Dental Care for Children, Dental Care for Children, Pediatric Dentistry and Pediatric Dentistry. In tracking publications, the logical operator "AND" will be used in order to combine the terms. The results show that fear and anxiety regarding child dental treatment are barriers to the development of procedures, especially those that are more invasive; for the return of the continuation of the treatment, which can incur in caries and other oral problems due to lack of adequate dental treatment; escapes and more aloof behavior during the procedures; and, psychological distress in the child. Therefore, dentists can opt for more dialogic approaches, in which they try to get to know the pediatric patient first, evaluating their behavior, so that they can explain and illustrate the procedures performed and, only then, perform the procedures.

Keywords: Pediatric Dentistry; anxiety disorder; children's clinic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 01 –	Versão Brasileira da Escala de Padrão Comportamental de Venham.	17
Figura 01 –	Detalhamento da composição da amostra.	20
Quadro 02 –	Organização dos resultados dos estudos conforme os autores, ano de publicação, objetivo, metodologia e resultados.	21

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DECs	Descritores em Ciências da Saúde.
EE	Encarregados da Educação.
EVA	Escala Visual Analógica.
FAO-UFMG	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais.
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
SCIELO	Biblioteca Virtual <i>Scientific Eletronic Libray Online</i> .

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	154
2.1	MEDO E ANSIEDADE NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA INFANTIL	154
3	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	18
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
	REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

O tratamento odontológico, em diversas situações, trata-se de um grande desafio tanto para o paciente e quanto para o profissional, em virtude das condições aversivas presentes (CÉSAR, 1988). O medo pode levar uma pessoa a cancelar ou adiar suas consultas odontológicas, ou até mesmo, não procurar de forma alguma um profissional, agravando a sua condição de saúde bucal (COSTA; MORAES, 1994).

Dados apontam que crianças mais novas tem mais controle que as mais velhas e, conseqüentemente, têm menos medo. Outros, revelam ainda que crianças que realizam tratamento odontológico com anestesia tendem a se mostrar mais temerosas e ter ansiedade do que aquelas que não foram submetidas a um procedimento com uso de anestesia (SINGH; MORAES, AMBROSANO, 2000).

Ao lidar com o comportamento de pacientes crianças, sobretudo, entre dois a seis anos de idade, é evidente que as dificuldades não se resumem em não colaborar com o tratamento, fator inerente à idade, mas também outras dificuldades são latentes como, por exemplo, permanecer imóvel por alguns minutos com a boca aberta e o medo específico do tratamento, que pode impedir a atuação adequada do dentista. Histórias de passagens odontológicas negativas representam um conjunto significativo de variáveis com predisposição para respostas de medo em crianças (MORAES, 1999). Dessa forma, a experiência clínica odontológica infantil demonstra que é mais fácil lidar com os comportamentos de uma criança que ainda não teve experiência odontológica a ter que se adequar e trabalhar a partir dos comportamentos daquelas que já tiveram experiências desagradáveis a irem ao dentista (PIEDALUE; MILNES, 1994).

Apesar dos avanços tecnológicos da odontologia moderna, a ansiedade e o medo ainda são sintomas comuns entre crianças e adultos quando se refere a saúde bucal, conseqüentemente, se constitui como uma significativa barreira para a atenção odontológica e interfere nos cuidados regulares com a saúde bucal (GÓES *et al.*, 2010). Diante disso, o impacto do medo, da ansiedade e da fobia, mediante ao tratamento odontológico, tem sido tema de estudos há um longo tempo.

Entretanto, é importante não confundir a ideia de ansiedade com medo. O medo faz parte do desenvolvimento infantil e da infância normal; geralmente, é transitório, porém pode persistir por longos períodos, como pode acontecer com o medo ao tratamento odontológico. Por outro viés, a ansiedade é uma resposta a situações em

que a fonte de ameaça ao indivíduo não está bem definida ou não está objetivamente presente (SINGH; MORAES; BOVI AMBROSANO, 2000), tornando-se imperativo que o odontopediatra procure conhecer os frequentes medos das crianças para preveni-los e aliviá-los.

Todavia, outros estudos afirmam que o medo e a ansiedade estão interligados e que é praticamente impossível dissociá-los nas pesquisas realizadas no campo da odontopediatria (BLINKHORN 2007). Nesse sentido, a ansiedade odontológica infantil tem sido estudada a partir de três mecanismos principais: i) Condicionamento Direto – a criança passa por uma experiência odontológica negativa (JONGH *et al.*, 2006); ii) aprendizagem com experiências pessoais negativas ou visões estereotipadas possivelmente assustadoras sobre odontologia comum na cultura popular que são retransmitidas para as crianças principalmente através da família ou pessoas próximas (RANTAVUORI *et al.*, 2004); iii) traços de personalidade pelo qual alguns crianças são inerente e genericamente nervosos/ansiosos e como resultado, têm uma maior predisposição para desenvolver ansiedade odontológica.

Mediante o exposto, um efetivo gerenciamento do comportamento da criança aos atendimentos odontológicos, com a eliminação da cultura do medo, se configuram como um elemento essencial para um bom atendimento clínico, haja vista que, tais comportamentos têm dimensão tanto em melhoria da conduta como na importância em gestos que alcançam diante das crianças mudanças significativas, o que resulta por promover o desenvolvimento da saúde bucal como um todo (SHITSUKA; FRIGGI; VOLPINI, 2019).

De acordo com a concepção vygotskyana, a criança aprende e depois se desenvolve, dessa maneira, o desenvolvimento de uma saúde bucal de qualidade e escovação adequada se desenvolve pela aprendizagem de tudo aquilo que o odontólogo ensina (VYGOTSKI, 1998). Assim sendo, é essencial que os odontopediatras se inteirem dos fatores que interferem nos níveis de ansiedade das crianças, a fim de uma melhor integração, abordagem e intervenção adequada visando minimizar esses fatores (SOARES *et al.*, 2015).

Levando em consideração a importância da clínica infantil na odontologia e as dificuldades e entraves que, comumente, são enfrentados na sua prática, e diante dos pressupostos elencados, levantou-se o problema de pesquisa: como o medo e a ansiedade do tratamento odontológico pode se tornar um entrave na prática clínica odontológica infantil?

Um dos grandes desafios que necessita ser enfrentado na clínica odontológica infantil é o controle do comportamento infantil, que tende a estar quase sempre associado ao medo e à ansiedade odontológica. Apesar dos inúmeros avanços tecnológicos que a odontologia vem desenvolvendo ao longo das últimas décadas, é possível verificar que as intervenções odontológicas frequentemente provocam reações negativas como ansiedade, medo, dor e estresse em crianças (SHAHNAVAZ *et al.*, 2018; BATISTA *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, considerando que a ansiedade e o medo infantil interligados a dificuldades de comportamento pode impactar no tratamento odontológico de forma negativa, assim como relatos de experiências ruins frente ao tratamento odontológico de pais e de pessoas próximas também contribuem negativamente no comportamento cooperador da criança no consultório odontológico, é que se dará o título de justificativa desta pesquisa.

Ademais, é importante salientar que este estudo possui relevância para área da odontologia. No âmbito acadêmico, contribuindo para a ampliação e atualização da literatura brasileira dedicada a temática, assim como também colaborando para a formação profissional cirurgião-dentista. No ambiente profissional, tendo em conta que a conduta do cirurgião-dentista frente aos desafios e dificuldade da clínica infantil pode ser determinante, sendo assim um agente ímpar na prevenção e promoção da saúde da criança e na melhoria da qualidade do seu trabalho.

Diante disso, objetivou-se analisar, a partir da literatura, os entraves e os desafios enfrentados na prática da clínica odontológica infantil frente ao medo e a ansiedade dos pacientes. Para tanto, traçamos alguns objetivos específicos: identificar os desafios mais recorrentes que cirurgião-dentista enfrenta na prática da clínica odontológica infantil; reconhecer as dificuldades no atendimento decorrentes do medo e da ansiedade dos pacientes; averiguar quais os gatilhos que comumente provocam ansiedade e medo odontológico em crianças; e, apontar formas de amenizar o medo e a ansiedade de crianças em relação aos atendimentos odontológicos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 MEDO E ANSIEDADE NA CLÍNICA ODONTOLÓGICA INFANTIL

Embora os termos medo e ansiedade sejam muitas vezes considerados e usados como sinônimos, a presença ou ausência de estímulos desencadeadores externos e o comportamento de evitação comumente são as características que são empregadas para fazer a distinção entre esses dois estados. Pode-se considerar medo quando existe um estímulo que o desencadeia de maneira externa e óbvia, provocando sentimento de fuga ou evitação, por outro lado, a ansiedade é um estado emocional aversivo sem desencadeadores claros e que, portanto, não podem ser evitados (AMERICO; CARVALHO; LORY, 2005).

Do viés das teorias das emoções, “o medo é considerado como uma emoção básica, fundamental, discreta, presente em todas as idades, culturas, raças ou espécies, enquanto a ansiedade é uma mistura de emoções, na qual predomina o medo” (AMERICO; CARVALHO; LORY, 2005, p. 3).

O medo faz parte do desenvolvimento infantil. Costuma ser transitório e não produz grandes perturbações na vida diária da criança, apesar da capacidade de vivenciar o medo ser uma função biológica inata, respostas de medo a certas situações são na maioria das vezes adquiridas por meio da aprendizagem. Em contrapartida, a ansiedade alude no acontecimento de uma condição aversiva ou penosa, em um grau de incerteza ou dúvida e, de algum modo de impotência do organismo em uma determinada conjuntura (SINGH; MORAES; AMBROSANO, 2000).

Assim como uma mistura de emoções, a ansiedade é mais variável que a do medo. A ansiedade pode vir a variar ao longo do tempo ou conforme as situações desencadeadoras, sendo, dessa maneira, mais vaga, imprecisa e difícil de definir. A “ansiedade traço” é designada quando se trata de um modo habitual e consistente de reação. Já a “ansiedade estado” é determinada por uma reação episódica ou situacional. A ansiedade pode incluir sentimentos bastante distintos como, a tristeza, a vergonha e a culpa, ou até mesmo, cólera, curiosidade, interesse ou excitação (AMERICO; CARVALHO; LORY, 2005).

A odontopediatria é a especialidade que objetiva o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle de problemas de saúde bucal da criança, integrando esses

procedimentos com os dos outros profissionais da área da saúde, e suas áreas de competência para a atuação do especialista em clínica odontológica infantil incluem: (i) a educação e promoção de saúde, transmitindo às crianças, aos seus responsáveis e a toda a comunidade conhecimentos indispensáveis para a manutenção do estado de saúde bucal; (ii) prevenção em todos os níveis de atenção; (iii) diagnóstico dos problemas buco-dentários; (iv) tratamento das lesões buco-dentários, decorrentes de cárie, traumatismo, alterações na odontogênese e malformações congênitas; (v) condicionamento da criança para o atendimento odontológico (ANZAI *et al.*, 2003).

Nessa perspectiva, uma abordagem integral do paciente infantil é estabelecida através da sistematização lógica e disciplinada, seguindo pela identificação do paciente, a abordagem anamnésica, o exame físico-clínico, o diagnóstico, o prognóstico e, por último, o plano de tratamento (ANZAI *et al.*, 2003).

Na realização de procedimentos odontológicos infantil há alguns desafios, comumente, é conturbado. O ambiente em que tais procedimentos acontecem tendem a gerar medo e ansiedade, demonstrados por meio de recusa ao tratamento, choro ou até mesmo agressões físicas (FERREIRA; ARAGÃO; COLARES, 2009).

O cenário estressante do tratamento odontológico atinge, especialmente, a criança que fica exposta temporariamente a uma situação diferente das experiências cotidianas, envolvendo equipamentos que podem provocar desconforto físico, como a dor, dependendo da rotina odontológica em execução e da habilidade dos profissionais, assim como desconforto psicológico, que inclui elementos de ansiedade e o medo (POSSOBON *et al.*, 2003). Esse desconforto físico e psicológico pode justificar a frequência significativa de mais de 25% de crianças que apresentam, sistematicamente, comportamentos de não-colaboração com o tratamento odontopediátrico, sobretudo padrões de fuga e esquiva, que dificultam a atuação adequada do cirurgião-dentista (POSSOBON *et al.*, 2003).

É possível identificar pacientes com sinais de ansiedade e medo pelo seu comportamento e pelo “reconhecimento de alguns sinais físicos, como dilatação das pupilas, palidez da pele, transpiração excessiva, sensação de formigamento das extremidades e, inclusive, aumento da pressão arterial” (GÓES *et al.*, 2010, p. 40).

A ansiedade odontológica em crianças pode ser adquirida através de um caminho direto (quando as crianças desenvolvem a ansiedade odontológica por meio de suas próprias experiências dentárias anteriores, comumente dolorosas ou negativas) ou indireto (também chamada de modelagem e imitação, as crianças

desenvolvem a ansiedade odontológica por meio de informações negativas, expectativas e experiências provenientes de outras pessoas, como da família, amigos e da mídia); de formas distintas ou conjugadas. (MARTINS *et al.*, 2019).

No que concerne ao medo (como um sentimento), pode-se dizer que, pode vir a se tornar um fator predisponente para comportamentos de esquiva, porém que estes comportamentos também podem ocorrer com crianças já familiarizadas com o tratamento. Assim, a presença de estímulos aversivos aumenta a probabilidade de ocorrência de respostas de esquiva, pois, o padrão de respostas de esquiva é tomado como parâmetros necessários para o reconhecimento de uma criança temerosa (POSSOBON *et al.*, 2003).

Assim sendo, adverte-se que apesar do medo e dos comportamentos de não-colaboração representar uma mesma manifestação psicológica, nem todo comportamento de não-colaboração representa o medo e vice-versa (POSSOBON *et al.* 2003). Dessa forma, é importante medir o grau de ansiedade da criança para orientação da conduta, podendo ser utilizado como instrumento para a avaliação a escala de venham, exposta no Quadro 01.

Quadro 01 – Versão Brasileira da Escala de Padrão Comportamental de Venham.

ESCORE	COMPORTAMENTO	DEFINIÇÃO
0	Cooperação total	A criança não apresenta protesto físico, como choro ou movimentos corporais, que atrapalhe o dentista, possibilitando-o boas condições de trabalho.
1	Protesto moderado	A criança protesta em voz baixa (resmungos) ou choro contido, como um sinal de desconforto. No entanto, não impede a continuidade do tratamento.
2	Protesto intenso	A criança manifesta seu desconforto verbalmente, com choro forte e/ou movimentos corporais (de mãos, braços, cabeça, etc.), que dificultam a realização do tratamento. Contudo, ainda atende aos pedidos para cooperar, mesmo que com certa resistência.
3	Protesto mais intenso	A criança realiza movimentos corporais maiores, inclusive de troncos e pernas. Pode interromper o procedimento, representando um real problema para o dentista, exigindo deste, esforço físico e mental. É necessária contenção física de algum órgão do corpo (das mãos e/ou da cabeça). Ainda assim, a criança coopera parcialmente e relutantemente com as orientações.
4	Protesto generalizado	Nenhuma adesão ou cooperação da criança. A situação resulta em desgaste físico e mental tanto para a criança quanto para o dentista. É necessária contenção física (segurar mãos, braços, pernas, cabeça, tronco...), a criança pode tentar fugir da cadeira, cobrir a boca e, algumas vezes, o atendimento torna-se impossível na mesma sessão.

Fonte: (TEIXEIRA; TORRIANI; GOETTEMS, 2009).

Dessa maneira, é necessário que se avalie quando se trata apenas de não-colaboração e quando essa está aliada ao medo e/ou ansiedade. Isto posto, é importante promover a adaptação da criança ao meio odontológico, de modo que entenda o processo e se sinta parte dele (FURTADO *et al.* 2018).

No tocante à essa ambientação, algumas técnicas podem ser usadas na odontopediatria como, a de *dizer-mostrar-fazer*, primeiro se fala como é o procedimento à medida que vai mostrando, para depois realizá-lo; controle da voz, com entonação para chamar atenção, dar comandos e obter cooperação da criança; reforço positivo (social e não social), em que a mais simples colaboração da criança é recompensada com elogios, parabenizando-a com alegria para que se obtenha o mesmo comportamento novamente; distração, retirando o foco do procedimento e utilizando conversa que chame atenção da criança, como imagens ou histórias (FURTADO *et al.*, 2018).

No entanto, é importante ressaltar que, o condicionamento do comportamento se dá por meio repetição das visitas ao consultório, assim, elas são fundamentais, assim como dos procedimentos ou das conversas, até que a criança se sinta confiante e colabore. Outrossim, o atendimento em clínica infantil ocorre de acordo com o comportamento da criança, que é individual de cada paciente, podendo ser marcado por fatores como idade, cognição, medo, ansiedade, características próprias de humor, vivências e experiências familiares (FURTADO *et al.*, 2018).

3 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

O procedimento de pesquisa realizado foi a revisão integrativa, e os dados foram analisados por um viés qualitativo. Dessa maneira, a busca se deu nas bases de dados: Biblioteca Virtual *Scientific Eletronic Libray Online* (Scielo), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline) e PubMed.

Nos procedimentos de busca foram empregados os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Ansiedade ao Tratamento Odontológico, Dental Anxiety, Assistência Odontológica para Crianças, Dental Care for Children, odontopediatria e Pediatric Dentistry. No rastreamento das publicações será utilizado o operador lógico “AND”, de modo a combinar os termos.

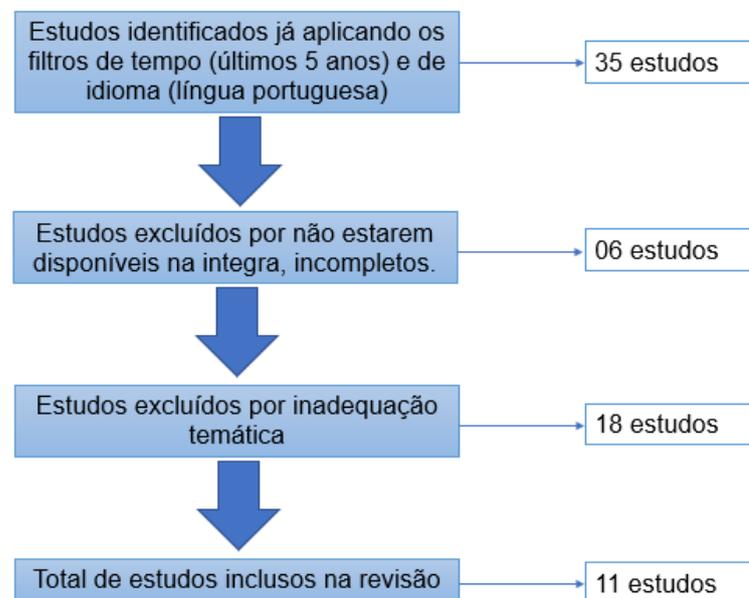
Foram aceitos apenas estudos em língua portuguesa (originalmente escritos ou traduzidos), que se adequem ao tema estudado e estudos com período de abrangência entre 2016 e 2021, tendo em vista o medo e a ansiedade vislumbrada no consultório odontopediátrico ainda em meio a contemporaneidade. Foram excluídos estudos incompletos, duplicados, com informações de referências incompletos, inadequados ao objeto de estudo e estudos realizados com animais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção são apresentados os resultados dos estudos incluídos para esta revisão narrativa. Os dados coletados são organizados no Quadro 1 a seguir, de acordo com o nome dos autores, ano de publicação, objetivo, método desenvolvido e as principais evidências científicas relatadas em cada estudo. Além disso, é atribuído também uma numeração a cada estudo, a fim de facilitar a discussão dos resultados que se dará logo após a apresentação dos resultados.

A Figura 01 traz o detalhamento da composição da amostra.

Figura 01 – Detalhamento da composição da amostra.



Fonte: Elaboração própria.

Na discussão e análise dos dados coletados foi empregado a técnica de análise temática (MINAYO, 2010), que permite uma compreensão de núcleos temáticos mobilizados na construção dos problemas de estudo. Isto é, os estudos foram lidos e categorizados considerando seus núcleos de sentido a partir dos objetivos propostos neste recorte estudado.

Outrossim, foi realizada uma análise crítica dos estudos incluídos nesta revisão, observando os aspectos metodológicos e a similaridade e divergências entre as evidências científicas. Logo, a análise dos resultados foi realizada de forma minuciosa, procurando respostas para a questão inicial e para os resultados conflitantes observados nos estudos. Assim sendo, a discussão dos resultados com a ampla

literatura foi fundamentada na avaliação crítica dos estudos, comprando-os e confrontando-os.

Quadro 02 – Organização dos resultados dos estudos conforme os autores, ano de publicação, objetivo, metodologia e resultados.

Nº	Autores e ano de publicação	Objetivo	Metodologia	Resultados
01	Travessini <i>et al.</i> (2021).	Avaliar a percepção dos responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças e sua associação com as variáveis independentes: ansiedade odontológica dos responsáveis e o motivo para sua última consulta odontológica, fatores socioeconômicos, última visita ao dentista dos responsáveis e da criança, condição bucal da criança e tipo de procedimento odontológico realizado na consulta.	Estudo transversal e descritivo.	Os resultados apontaram que a frequência de responsáveis que perceberam a ansiedade odontológica das crianças foi de 50,9%. Entretanto, 41,4% das crianças relataram a ansiedade odontológica. Houve uma diferença significativa entre o Dental Anxiety Question e o Venham Picture Test Modificado ($p = 0,002$). Não houve relação entre a percepção dos responsáveis sobre a ansiedade odontológica das crianças com as demais variáveis independentes. Existiu uma diferença significativa entre a ansiedade odontológica das crianças e a percepção desta pelos responsáveis.
02	Rodrigues e Rocha (2020).	Avaliar a ansiedade da criança antes e após o tratamento por meio da técnica de distração visual auditiva em crianças.	Estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa.	Foi verificado que a ansiedade leve aumenta após o tratamento de 18% para 47%. A ansiedade moderada a severa diminui de 16% para 3%. Foi observado que nenhuma criança após o tratamento apresenta ansiedade severa. Esses resultados são estatisticamente significativos. A técnica de distração auditiva visual pode ser um método eficaz para reduzir os níveis de ansiedade em pacientes pediátricos durante o tratamento odontológico invasivo.
03	Paiva <i>et al.</i> (2019).	Avaliar a correlação da ansiedade odontológica das crianças atendidas nas clínicas de Odontopediatria da	Estudo transversal e descritivo com abordagem quantitativa.	Não houve correlação significativa entre a ansiedade das crianças e o medo dos pais/responsáveis ($r = -0,029$; $p = 0,820$). A ansiedade odontológica foi maior em

		<p>Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FAO-UFMG) com o medo odontológico de seus pais/responsáveis. E, avaliar a associação entre a presença de ansiedade dessas crianças com tipo de tratamento necessário, o tempo em que faz tratamento na FAOUFGM e com seu comportamento.</p>		<p>crianças submetidas à exodontia (média = 3,17; DP = 2,639) do que naquelas submetidas à procedimentos restauradores/ endodônticos (média = 0,96; DP = 2,021; $p = 0,013$) ou sem necessidade de tratamento (média = 0,30; DP = 0,483; $p = 0,032$). Crianças com 4-21 meses em tratamento apresentaram maior ansiedade comparada àquelas com mais de 21 meses em tratamento ($p = 0,045$). Não houve associação significativa entre ansiedade odontológica e comportamento da criança ($p = 0,221$).</p>
04	Araújo, Antero e Medeiros (2018).	<p>Avaliar o grau de ansiedade dos pacientes infantis submetidos a tratamento odontológico na clínica escola do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil.</p>	<p>Estudo transversal e descritivo.</p>	<p>Os resultados sugeriram que a idade e o nível de ansiedade apresentaram uma correlação positiva, demonstrando que o nível de ansiedade aumentou de forma linear com o avanço da idade. Nas faixas etárias de 05 a 06 anos e de 07 a 09 anos prevaleceu o baixo nível de ansiedade, já para a faixa etária de 07 a 09 anos as crianças expressaram nível médio de ansiedade. Na análise correlativa entre o nível de ansiedade e a experiência em procedimentos odontológicos verificou-se que, neste estudo, um maior percentual de crianças com alto nível de ansiedade (31,6%) estava presente no grupo com experiência odontológica prévia. Porém, os grupos com e sem experiência odontológica prévia demonstraram semelhança estatística quando relacionados ao nível de ansiedade.</p>
05	Oliveira <i>et al.</i> (2018).	<p>Determinar o perfil das crianças de 6 a 12 anos de idade, com relação à ansiedade frente ao tratamento odontológico e avaliar os principais fatores desencadeadores de ansiedade nesta população.</p>	<p>Estudo transversal e descritivo.</p>	<p>A ansiedade foi observada na maioria das crianças (Dental Anxiety Scale - 89% e Venham Picture Test - 70,5%) e os níveis predominantes foram baixo e moderado. A faixa etária da criança foi associada significativamente à ansiedade ($p=0,014$) através do teste Venham Picture Test, ao passo que o gênero não apresentou essa correlação. A ansiedade</p>

				sofreu influência de todos os fatores estudados: marcação da consulta, sala de espera, caneta odontológica e raspagem periodontal.
06	Gama <i>et al.</i> (2017).	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.	Estudo transversal, observacional com abordagem indutiva.	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 ($p=0,767$).
07	Vasconcellos, Imparato e Rezende (2016).	Apresentar um caso clínico de uma criança de 5 anos de idade que não cooperava com o tratamento odontológico por apresentar medo e ansiedade de experiências passadas.	Estudo de caso.	De acordo com os resultados da pesquisa, a elaboração do quadro de incentivo, específico para atendimento odontológico, para ajudar a criança a perceber a sua rotina e auxiliar na introdução de atividades diárias. O uso do quadro de incentivo, foi bastante eficaz na conduta e amadurecimento do paciente durante o tratamento odontológico. O uso desse quadro acaba sendo uma alternativa a mais, a ser utilizada como abordagem de comportamento no consultório particular, público ou mesmo nas Universidades.
08	Gomes <i>et al.</i> (2016).	Avaliar a percepção das crianças sobre o tratamento odontológico e identificar os fatores influenciando essa percepção.	Estudo transversal e descritivo.	Segundo os resultados observados no estudo, mais crianças expressaram percepção positiva no questionário e nos desenhos (93,8%). Essa percepção positiva foi mais acentuada em crianças de 3 a 5 anos (100%), principalmente em meninas (78%). A principal causa de medo foi o uso de agulhas (42,4%). Muitas crianças (24,2%) relataram preferir os procedimentos não invasivos.
09	Martins e Dias (2016).	Avaliar a existência de contágio emocional de ansiedade no par relacional encarregado de educação / criança.	Estudo clínico transversal.	O estudo constatou que não existe uma correlação significativa entre uma ansiedade vivenciada pelos encarregados da Educação (EE) e uma ansiedade manifestada pelas crianças, sendo uma maioria das crianças

				consideradas como livres de ansiedade (56,1%) e uma maioria dos encarregados de educação considerada como moderadamente ansiosa (56,1%). Em ambos os grupos, foi assinalado o fato de que se manifestaram um pouco mais ansiosas nas consultas de controle.
10	Ferreira e Oliveira (2016).	Comparar escores de ansiedade perante o tratamento odontológico entre crianças e acompanhantes.	Estudo epidemiológico, observacional, transversal com abordagem quantitativa.	De acordo com os resultados do estudo, foram classificados como não ansiosos 4,5% dos pais e 31,8% com exacerbado grau de ansiedade. Não houve correlação significativa ($p > 0,05$) no estado de ansiedade das crianças e ansiedade de seus pais. Houve diminuição significativa ($p < 0,05$) no escore médio do FIS referente à ansiedade da criança na última consulta. Constatou que a ansiedade dos pais não interferiu no comportamento da criança no tratamento odontológico, e que uma boa comunicação e a proximidade entre dentista e paciente são importantes para diminuir o grau de ansiedade durante o tratamento.
11	Ribeiro, Silva e Coutinho (2016).	Avaliar a ansiedade infantil ao tratamento odontológico, através da Escala Visual Analógica (EVA).	Estudo transversal e descritivo.	Os resultados observaram uma tendência decrescente do medo em ambos os gêneros, porém no masculino, houve um aumento crescente do medo dos 9 aos 10 anos. Observou-se também, relação entre medo odontológico e medo geral, sendo que crianças predispostas ao medo geral demonstraram propensão a desenvolver medo odontológico. Os estímulos mais associados ao medo geral foram não conseguir respirar e ver os pais discutindo ou pais gritando com você apontados por 57% das crianças de 6 a 7 anos e 65% das de 8 a 10, respectivamente. Quanto ao medo odontológico, a anestesia foi escolhida por 72,5% das crianças de 6 a 7 anos e 40% das de 8 a 10.

Fonte: Autoria própria com base nos estudos inclusos na revisão narrativa.

Ao buscar verificar se há uma relação entre as variáveis independentes – ansiedade odontológica dos responsáveis e o motivo para sua última consulta odontológica, fatores socioeconômicos, última visita ao dentista dos responsáveis e da criança, condição bucal da criança e tipo de procedimento odontológico realizado na consulta – com a ansiedade odontológica de crianças Travessini *et al.* (2021) evidenciaram que não havia relação entre os pais ou responsáveis e a percepção da ansiedade odontológica das crianças, assim como com fatores socioeconômicos, última visita ao dentista, motivo dos pais para a última consulta odontológica, condição bucal das crianças e tipo de procedimento realizado.

O estudo de Paiva *et al.* (2020), que também buscou estabelecer essa correlação, evidenciou resultados bastante semelhantes. Contudo, apontou que a necessidade de procedimentos mais delicados, com anestesia, assim como o tempo em que o paciente pediátrico estava sob tratamento na clínica foram associados à presença de ansiedade ao tratamento odontológico.

Martins e Dias (2016) também não evidenciaram essa relação da ansiedade ao tratamento de crianças com os seus responsáveis. Conforme registrado na literatura, à medida que a idade da criança aumenta, diminui a sua ansiedade e medo do tratamento (MARTINS; DIAS, 2016; RIBEIRO; SILVA; COUTINHO, 2016). Fato semelhante foi evidenciado no estudo de Ferreira e Oliveira (2016), no qual a ansiedade na primeira consulta odontológica da criança mostrou-se bastante elevada, e foi diminuindo consideravelmente até a última consulta. Outra característica relatada em várias pesquisas é que a ansiedade ao tratamento odontológica é maior entre crianças do sexo masculino do que feminino (GAMA *et al.*, 2017; MARTINS; DIAS, 2016; PAIVA *et al.*, 2020; TRAVESSINI *et al.*, 2021), apesar de alguns estudos apontarem o contrário (RIBEIRO; SILVA; COUTINHO, 2016).

Em estudo procurou determinar o medo em crianças antes da consulta odontológica, atentando-se aos fatores associados, foi observado uma porcentagem da presença de medo ao tratamento dental bastante elevada (92%) (GAMA *et al.*, 2017). Ainda de acordo com estudo, todas as crianças avaliadas possuíam experiências odontológicas prévias, podendo essas estarem associadas ao desenvolvimento do medo odontológico, verificou-se que a interferência de certos tipos de procedimentos, especialmente os mais invasivos tendem a proporcionar maiores chances de ocorrência do medo (GAMA *et al.*, 2017).

Mediante a necessidade de tratamento do medo e ansiedade da criança quanto ao tratamento odontológico, estudos tem buscado respostas; testado métodos, técnicas e terapêuticas; assumido outras abordagens etc. O estudo de Rodrigues e Rocha (2020), mostrou que a técnica de distração auditiva visual pode ser um método eficaz para mitigar os níveis de ansiedade em crianças durante o tratamento odontológico, sobretudo, os mais invasivos.

Vasconcellos, Imparato e Rezende (2016) apresentam a proposta do gráfico de incentivos, que demonstra regras e responsabilidades de forma divertido, que motiva a criação de uma rotina saudável. E que pode ser usada como uma alternativa em gestão psicológica quanto realização de tratamento odontológico, aliada ao diálogo com o paciente pediátrico. Em concordância, Gomes *et al.* (2016) explica que os odontopediatras devem estar atentos às percepções das crianças para estabelecer um melhor condicionamento.

Em conformidade com o exposto, Ferreira e Oliveira (2016, p. 15) defendem que “a comunicação do cirurgião-dentista com seu paciente infantil foi importante para desenvolver a confiança do paciente, diminuindo, assim, sua ansiedade perante o tratamento odontológico”.

Outrossim, a Escala Visual Analógica (EVA), baseada na ciência comportamental, pode ser tomada como uma prática e confiável, sendo considerada um boa abordagem para auxiliar o odontopediatra a prever o possível comportamento infantil e com isto, buscar mecanismos para diminuir a ansiedade da criança durante a consulta odontológica, segundo estudo que buscou avaliar a ansiedade infantil ao tratamento odontológico, por meio da EVA (RIBEIRO; SILVA; COUTINHO, 2016).

Assim sendo, proporcionar a diminuição da ansiedade da criança é primordial para que ela seja motivada para dar continuidade ao seu tratamento, logo, o desafio está na realização de uma proposta que remolde as experiências negativas anteriores, em caso de pacientes que já apresentam ansiedade odontológica, e para os que buscam o acompanhamento inicial, uma proposta com explicações simples, que faça desmitificações e outras formas de atuações que previnam o desencadeamento de medo e da ansiedade ao tratamento (ARAÚJO; ANTERO; MEDEIROS, 2018).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vem sendo documentado na literatura que o medo – entendido como uma sensação persistente e irracional, que resulta na compulsão para evitar algo ou alguma situação específica e ocorre em diversas etapas do desenvolvimento infantil (FERREIRA; OLIVEIRA, 2016) – é menos danoso que a ansiedade, em virtude de ser um estado psíquico com predominância de sentimentos ameaçadores, na maior parte produzida por estímulos tanto internos (medo) como externos (experiências negativas ou relatos de experiências ruins), podendo ser reais ou imaginários (FERREIRA; OLIVEIRA, 2016).

Nesse sentido, a pesquisa observou na literatura que o medo e ansiedade ao tratamento odontológico infantil constituem barreiras para o desenvolvimento dos procedimentos, em especial, aqueles mais invasivos; para o retorno da continuação do tratamento, que podem incorrer em cáries e outros problemas bucais por falta de tratamento odontológico adequado; fugas e comportamentos mais arredios durante a realização dos procedimentos; sofrimento psíquico na criança, entre outros.

Portanto, os cirurgiões-dentistas – visando diminuir os obstáculos estabelecidos pela ansiedade odontológica e o sofrimentos causados ao paciente, na medida que poderá realizar um tratamento odontológico mais adequado, colaborando, assim, para a promoção da saúde bucal da criança – podem optar por abordagens mais dialógicas, nas quais procure conhecer primeiro o paciente pediátrico, avaliando seu comportamento, para que possa explicar e ilustrar os procedimentos realizados e, só, então, realizar os procedimentos. Afinal, um fato bastante corriqueiro evidenciado na literatura tem sido os danos, e consequentes entraves, que as experiências negativas causam nos pacientes pediátricos, implicando em ansiedade.

Assim sendo, como desdobramentos da pesquisa, sugere-se que sejam realizadas pesquisas que tenham como produto o desenvolvimento de novas técnicas, métodos e abordagens para atender crianças que já tenham ansiedade ao tratamento odontológico ou evitá-lo.

REFERÊNCIAS

- AMERICO, B.; CARVALHO, M.; LORY, F. **O medo, a ansiedade e suas perturbações**. Centro de estudos de psicologia cognitiva e da aprendizagem. Universidade Lusófana, 2005.
- ANZAI, A. *et al.* Prontuário odontológico na clínica odontopediátrica. **J Bras Odontopediatr Odontol Bebê**, Curitiba, v. 6, n.31, p. 250-254, 2003.
- ARAÚJO, I. de S.; ANTERO, E. F.; MEDEIROS, A. P. Avaliação do nível de ansiedade prévio à consulta odontológica em crianças de 5 a 12 anos. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 6, n. 16, p. 59-67, 2018.
- CÉSAR, J. **Caracterização comportamental do tratamento odontológico de pacientes especiais**: estudo de dois casos. Dissertação de Mestrado. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 1988.
- CORDEIRO, A. M. *et al.* Revisão sistemática: Uma revisão narrativa. **Rev Col Bras Cir.**, v. 34, n. 6, 2007.
- COSTA, S. M.; MORAES, A. B. A. Medo em Odontologia: um estudo com escolares. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 51, n. 5, p. 26-31, 1994.
- FERREIRA, J. M. S.; ARAGÃO, A. K. R.; COLARES, V. Técnicas de controle do comportamento do paciente infantil: revisão de literatura. **Pesq Bras Odontopediatria Clin Integr.**, v. 9, n. 2, p. 247-251, 2009.
- FERREIRA, H. A. C. M.; OLIVEIRA, A. M. G. Ansiedade entre crianças e seus responsáveis perante o atendimento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v. 29, n. 1, p. 6-17, 2017.
- FURTADO, M. D. *et al.* Adaptação infantil ao tratamento odontológico: relato de caso. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 23, n. 2, p. 211-217, 2018.
- GAMA, T. da S. *et al.* Perfil do medo apresentado por crianças frente ao tratamento odontológico. **Revista UNINGÁ Review**, v. 29, n. 3, 2017.
- GÓES, M. P. S. *et al.* Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v. 9, n. 1, p. 39-44, 2010.
- GOMES, C. L. R. *et al.* Percepção do atendimento odontológico infantil. **Revista Brasileira de Ciências Oral**, v. 15, n. 2, pág. 185-190, 2016.
- JONGH, A. *et al.* Psychological trauma exposure and trauma symptoms among individuals with high and low levels of dental anxiety. **Eur J Oral Sci**, n. 114, p. 286–292, 2006.
- LINKHORN, A. S. O primeiro contato com a odontologia. In: Welbury RR, Uggal MS, Hosey M. **Odontopediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MARTINS, E. S. *et al.* Ansiedade dos responsáveis como fator influenciador da ansiedade odontológica infantil. **Revista Intercâmbio**, v. 16, p. 88-106, 2019.

MARTINS, N.; Dias M. R. Contágio emocional de ansiedade encarregado de educação/criança em odontopediatria. **Revista portuguesa de estomatologia, medicina dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 57, n. 3, p. 164-170, 2016.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.30, n.2, p. 289-300, 2004.

MINAYO, M. C. S. Técnicas de análise do material qualitativo. *In*: MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 303-60.

MORAES, A. B. A. **Comportamento e Saúde: explorando alternativas**. São Paulo: Arbytes, 1999.

NORONHA, D. P.; FERREIRA, S. M. S. P. Revisões de literatura. *In*: CAMPELO, B. S.; CONDÓN, B. V.; KREMER, J. M. (orgs) **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

OLIVERA, C. A. de. *et al.* Ansiedade apresentada por crianças frente ao tratamento odontológico. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 66, p. 212-218, 2018.

PAIVA, A. C. F. *et al.* Ansiedade odontológica autorrelatada pelas crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais: fatores associados e correlação com o medo dos pais. **Arquivos em Odontologia**, v. 55, 2019.

PIEDALUE, R. J.; MILNES, A. Nonpharmacological techniques help practitioners manage young patients. **Journal of Massachusetts Dentistry Society**, v. 43, n. 1, p. 247-251, 1994.

POSSOBON, R. F. *et al.* O comportamento de crianças em tratamento odontológico: intervenção psicofarmacológica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 29-35, 2004.

POSSOBON, R. F. *et al.* O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 19, p. 59-64, 2003.

RANTAVUORI, K. *et al.* Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. **Acta Odontol Scand**, v. 62, 207–213, 2004.

RIBEIRO, I. R. Avaliação da ansiedade infantil frente ao tratamento odontológico através da escala visual analógica (EVA). **Revista Fluminense de Odontologia**, 2016.

RODRIGUES, M. A. C.; ROCHA, C. N. M. Técnica de distração audiovisual para controlar a ansiedade em crianças no tratamento odontológico. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 2, n. 9, p. 45-53, 2020.

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

SHITSUKA, C.; FRIGGI, M. N. P.; VOLPINI R.M.C. Influência dos pais sobre o comportamento infantil no atendimento odontológico. **Res., Soc. Dev.** v. 8, n. 7, 2019.

SOARES, F. C. *et al.* A ansiedade odontológica em crianças e os fatores associados: revisão de literatura. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 16, n. 3, p. 373-385, 2015.

TEIXEIRA, A. M.; TORRIANI, D. D.; GOETTEMES, M. L. **Adaptação transcultural de instrumentos para mensurar ansiedade e comportamento em clínica odontológica infantil.** Arquivos em Odontologia (UFMG), 2009.

TRAVESSINI, A. *et al.* A percepção de ansiedade no atendimento odontológico pelas crianças e seus pais é concordante?. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia** , v. 69, 2021.

VASCONCELLOS, C.; IMPARATO, J. C. P.; REZENDE, K. M. Quadro de motivação como ferramenta coadjuvante na odontopediatria. **RGO-Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 65, n. 3, p. 276-281, 2017.

VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente:** o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1998.