



AVALIAÇÃO TRANSVERSAL DO IMPACTO QUE O MEDO, FOBIAS E ANSIEDADE DOS PAIS/RESPONSÁVEIS EXERCEM SOBRE O COMPORTAMENTO COLABORATIVO OU NÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DURANTE A PANDEMIA DA DOENÇA DO CORONAVÍRUS (COVID-19)

CROSS-EVALUATION OF THE IMPACT THAT FEAR, PHOBIAS AND ANXIETY OF PARENTS/RESPONSIBLE EXERT ON THE COLLABORATIVE OR NOT BEHAVIOR TO THE DENTAL TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS DURING THE PANDEMIC OF THE CORONAVIRUS DISEASE (COVID-19)

136

Leandro Silva da CONCEIÇÃO
Faculdade de Ciências do Tocantins (FACIT)
Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)
E-mail: drleandrosc@hotmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0000-9149-826X>

Gilneide de Fátima Silva da CONCEIÇÃO
Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)
E-mail: fatimagilneide24@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0000-2165-9320>

Andréia Silva da CONCEIÇÃO
Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)
E-mail: andreiasc.adv@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0009-0004-0465-5861>

Levy Anderson César ALVES
Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)
E-mail: levyanderson@usp.br
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3965-8198>

Carlos Pettorossi IMPARATO (ORIENTADOR)
Centro Universitário Tocantinense Presidente Antônio Carlos (UNITPAC)
E-mail: imparato@usp.br
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1990-2851>

RESUMO

Estudo observacional transversal em que se avaliou o impacto do medo, ansiedade e fobia dos pais/responsáveis no comportamento de crianças e adolescentes durante o tratamento odontológico e durante a pandemia de COVID-19. O estudo envolveu uma amostra de 50 crianças e adolescentes de 4 a 12 anos de ambos os sexos. Os resultados mostraram maiores percentuais para as seguintes variáveis: perfil socioeconômico (52%), número menor de filhos (52%), ausência de experiência odontológica prévia (62%) experiência odontológica positiva (62%), cuidados alimentares e de prevenção em saúde bucal da criança (56%), ausência de diálogo dos pais/responsáveis com as crianças (58,0%), atendimento odontológico regular (52%) e tratamento preventivo (40%). O valor de $p = 0,26$, mostrou que a hipótese nula é significativa. O estudo concluiu que o comportamento colaborativo das crianças e adolescentes no tratamento odontológico está mais diretamente relacionado às variáveis socioeconômicas, idade, características comportamentais, eventos emocionais e físicos relacionados ao crescimento e ao público alvo analisado, e não necessariamente ao medo, ansiedade e fobia dos pais/responsáveis.

Palavras-chave: Ansiedade. Medo-Fobia. Criança-Adolescente. Tratamento. Odontológico.

ABSTRACT

This cross-sectional observational study evaluated the impact of parental fear, anxiety, and phobia on the behavior of children and adolescents during dental treatment and during the COVID-19 pandemic. The study involved a sample of 50 children and adolescents aged 4 to 12 of both sexes. The results showed higher percentages for the following variables: socioeconomic profile (52%), fewer number of children (52%), absence of previous dental experience (62%) positive dental experience (62%), dietary care and prevention in child oral health (56%), absence of dialogue from parents/responsible with children (58.0%), regular dental care (52%) and preventive treatment (40%). The p-value of 0.26 showed that the null hypothesis is significant.

Leandro Silva da CONCEIÇÃO; Gilneide de Fátima Silva da CONCEIÇÃO; Andréia Silva da CONCEIÇÃO; Levy Anderson César ALVES; Carlos Pettorossi IMPARATO. AVALIAÇÃO TRANSVERSAL DO IMPACTO QUE O MEDO, FOBIAS E ANSIEDADE DOS PAIS/RESPONSÁVEIS EXERCEM SOBRE O COMPORTAMENTO COLABORATIVO OU NÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DURANTE A PANDEMIA DA DOENÇA DO CORONAVÍRUS (COVID-19 - JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2023. FLUXO CONTÍNUO - MÊS DE JANEIRO. Ed. 48. VOL. 01. Págs. 136-156. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdadefacit.edu.br.

The study concluded that the collaborative behavior of children and adolescents in dental treatment is more directly related to socioeconomic variables, age, behavioral characteristics, emotional and physical events related to growth and the target audience analyzed, and not necessarily to the fear, anxiety and phobia of parents/responsible.

Keywords: Anxiety. Fear-Phobia. Child-Adolescent. Treatment. Dental.

INTRODUÇÃO

O tratamento odontológico, apesar das melhorias ao longo dos anos, ainda causa ansiedade e estresse, especialmente em crianças. Isso pode levar a comportamentos negativos e evasão do tratamento (Soares et al., 2014). Existem vários tipos de pacientes na odontologia, muitos dos quais trazem problemas psicossomáticos devido a experiências passadas ou novidade do procedimento. Esses pacientes podem ser divididos em emotivos e hipermotivos, ambos apresentando algum grau de tensão nervosa que pode interferir no tratamento (Badra, 1985, apud Nassri et al., 2010).

A etiologia da ansiedade odontológica em crianças é multifatorial e ainda não totalmente compreendida. Fatores como idade, origem sociocultural e experiências dentais dos pais podem influenciar. Há sugestões de que experiências anteriores de tratamento odontológico podem aumentar a ansiedade, especialmente em relação ao tratamento de cáries. No entanto, a associação entre a gravidade da cárie e a ansiedade ainda não foi estudada em crianças pré-escolares (Abanto et al., 2017). Os pais podem influenciar o desenvolvimento do medo e da ansiedade das crianças em relação à odontologia, e intervenções direcionadas a eles podem ajudar a minimizar esses sentimentos. Os profissionais de saúde bucal também desempenham um papel importante, pois podem controlar o ambiente odontológico e encorajar comportamentos úteis. Quando uma criança apresenta medo e ansiedade, o tratamento pode envolver o ensino de habilidades de enfrentamento. Compreender o nível de medo e ansiedade de uma criança permite que a equipe odontológica ajuste o tratamento e ensine estratégias eficazes de enfrentamento (Coric et al., 2014).

O medo, a ansiedade e a fobia ao tratamento odontológico são questões significativas que afetam pacientes pediátricos e apresentam desafios para o manejo da saúde bucal. A pandemia de covid-19 e as medidas de distanciamento social associadas exacerbaram esses problemas, causando ansiedade adicional em pais e crianças e exigindo a reorganização dos protocolos de tratamento. O estudo transcorreu durante o surto de covid-19, pandemia gerou efeito multiplicador sobre várias características e agravos da ansiedade. Ainda há pouca literatura que enfoque a ansiedade em crianças e adolescentes durante a pandemia (Rego e Maia, 2021).

A amostra foi selecionada a partir da avaliação de um universo de 50 crianças e adolescentes de ambos os sexos (masculino e feminino) – amostra de conveniência - que realizam tratamento em Clínica Odontológica privada em Araguaína/TO, bem como com a participação dos pais/responsáveis dos mesmos.

Foi padronizado o tempo de avaliação das crianças entre 10 a 15 minutos, com análise de 2 crianças por dia, sendo 10 crianças por semana, num período de 1 mês e 10 dias, sempre realizada anteriormente à consulta odontológica em sala privativa; com a criança sentada (cadeira simples e mesa), ao lado dos pais/responsáveis e de frente para o avaliador. As perguntas das escalas utilizadas foram feitas pelo avaliador dentro de uma linguagem diferenciada para o melhor entendimento da criança. Posteriormente, transcritas ao formulário de forma fidedigna às respostas dadas, e a escala visual sendo apontada pela criança e marcada pelo avaliador com os mesmos parâmetros.

Os resultados obtidos, a partir da aplicação do questionário e dos testes/escalas, foram transcritos para o programa Microsoft Office® Excel (2010), e posteriormente foram tratados estatisticamente (estatística descritiva e quantitativa) por meio do software STATA®.

Sendo assim o objetivo do presente estudo foi realizar uma pesquisa de avaliação transversal se o medo, ansiedade e fobia dos pais, tem impacto no comportamento colaborativo de crianças e adolescentes, ao tratamento odontológico durante a Pandemia de COVID-19.

REVISÃO DE LITERATURA

Dor Odontológica

A dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou potenciais aos tecidos e subjetivo, devido à estimulação das terminações nervosas nociceptivas primárias e dor neuropática que é definida como "Dor devido a lesão ou disfunção do sistema nervoso", podendo ser aguda ou crônica (Trouvin e Perrot, 2019).

Um tratamento que seja mais rápido, com menos incômodo, sem ansiedade e sem dor, é o objetivo de qualquer pessoa que necessita ser submetida a um tratamento odontológico. Em busca disso, a Odontologia tem evoluído, sempre em busca de melhores resultados para seus tratamentos, seja por meio de técnicas inovadoras, materiais e métodos que evitem, minimizem e controlem a fobia ou a dor durante o tratamento (Morais et al., 2018; Wu e Gao, 2018).

Pesquisas indicam que pacientes classificam a dor e a ansiedade como o pior aspecto do tratamento odontológico e o principal motivo para querer interromper os cuidados. A resposta individual varia muito e acredita-se ser resultado de dor individualizada devido as variáveis idade, sexo e percepção sensorial psicológica (Bernhardt et al., 2001, Viswanath et al., 2014).

Ansiedade/Medo (fobia dentária)

Conforme relataram Coric et al., (2014) a ansiedade ao tratamento dentário medo ou fobia de ir ao dentista pode ser leve ou muito excessiva. Em uma revisão sistemática de estudos em crianças e adolescentes publicada em 2007 foi verificado que a prevalência de medo e ansiedade odontológica variava de 6% a 20% em 12 populações diferentes, com uma média de 11% e sendo significativamente associada ao uso irregular de serviços odontológicos, evitando e retardando tratamento dentário. Além disso, pode também ser um fator de risco para maior incidência de cárie. Pesquisas destinadas a descobrir e aliviar o medo e a ansiedade em crianças podem melhorar o perfil dessaúde bucal e qualidade de vida.

Leandro Silva da CONCEIÇÃO; Gilneide de Fátima Silva da CONCEIÇÃO; Andréia Silva da CONCEIÇÃO; Levy Anderson César ALVES; Carlos Pettorossi IMPARATO. AVALIAÇÃO TRANSVERSAL DO IMPACTO QUE O MEDO, FOBIAS E ANSIEDADE DOS PAIS/RESPONSÁVEIS EXERCEM SOBRE O COMPORTAMENTO COLABORATIVO OU NÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DURANTE A PANDEMIA DA DOENÇA DO CORONAVÍRUS (COVID-19 - JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2023. FLUXO CONTÍNUO - MÊS DE JANEIRO. Ed. 48. VOL. 01. Págs. 136-156. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculadefacit.edu.br.

O último Projeto SB Brasil (2010), indicou que o Brasil saiu de uma condição de média de prevalência de cárie em 2003 (CPO entre 2,7 e 4,4) para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO entre 1,2 e 2,6). Atenção especial deve ser dada à dentição decídua, pois o ataque de cárie em crianças de 5 anos foi, em média, de 2,43 dentes. Destes, menos de 20% estavam tratados no momento em que os exames epidemiológicos foram realizados. O maior ataque da doença combina-se com o menor acesso aos serviços odontológicos. Pelo fato da Pandemia do COVID-19, não foi realizado o SB (2020) (Brasil, 2012).

A ansiedade da criança está relacionada à influência da mãe que já experienciou circunstâncias negativas e com isso é capaz de transmitir sua ansiedade ao filho que, conseqüentemente, se torna uma criança ansiosa e que apresenta sentimento de medo. No momento da injeção anestésica, por exemplo, o profissional deve interpretar o comportamento infantil e utilizar técnicas que facilitem o comportamento da criança, baseado em técnicas não farmacológicas de condicionamento físico (Coric et al., 2014),

O medo do tratamento odontológico é uma reação emocional normal a um ou mais estímulos ameaçadores específicos no tratamento dentário, enquanto a ansiedade, denota um estado de apreensão que algo terrível vai acontecer em relação ao tratamento dentário, juntamente com uma sensação de perda de controle (Shim et al., 2015).

As terapias de alteração comportamental visam mudar comportamentos inaceitáveis por meio do aprendizado e envolvem relaxamento muscular e relaxamento respiratório, juntamente com imagens guiadas e monitoramento fisiológico usando *biofeedback*, hipnose, acupuntura, distração, reforço positivo, sinalização de parada e tratamentos baseados na exposição, como dessensibilização sistemática, “diga-mostre-faça” e modelagem (Kakkar et al., 2016).

Atualmente os avanços tecnológicos em administração de anestésico local ajudam a aliviar a ansiedade local controlada por computador. Esse sistema representa uma mudança significativa na forma em que uma injeção de anestésico local é administrada, para assim aliviar a ansiedade em pacientes que temem injeções ou são agulhados. Uma peça de mão de plástico é menos ameaçadora na aparência do que a

seringa tradicional. Injetando solução de anestésico local lentamente reduz a distensão do tecido e leva a uma injeção mais confortável com menos dor pós-operatória (Appukuttan et al., 2016).

Conforme ressaltaram Shahnava et al., (2016) a ansiedade ao tratamento odontológico afeta aproximadamente 9% das crianças e adolescentes e está associada a problemas de saúde bucal, dor e problemas psicossociais.

O medo e ansiedade como “traço” de personalidade expressa a propensão básica da criança a sentir medo durante visita ao tratamento dentário e geralmente é mensurado por meio de escalas psicométricas. Escalas psicométricas permitem uma avaliação preliminar desse medo e ansiedade (antes do tratamento), o que é útil para planejar procedimentos de tratamento específicos para crianças quando um alto nível de medo e ansiedade é diagnosticado. As crianças medrosas em visitas ao dentista apresentam maior probabilidade de reação negativa no comportamento. O teste projetivo, com base na interpretação psicológica de crianças, por meio de fotos do ambiente odontológico, é considerado um método válido e interessante para avaliar o medo e ansiedade, mas há preocupações em termos de confiabilidade (Cianetti et al., 2016)

A fobia ao tratamento odontológico representa um tipo grave de ansiedade dental e é caracterizada por ansiedade marcada e persistente em relação a situações/objetos claramente discerníveis (por exemplo, perfuração, injeções) ou para situações odontológicas em geral (Shim et al., 2015; Laporte et al., 2017).

Mautz-Miranda et al., (2017) destacaram que a ansiedade é uma emoção que atua como um mecanismo psicológico adaptativo em face de ameaça, medo ou incerteza. Em algumas situações, isso se traduz em um desagradável sentimento de extrema preocupação com os eventos futuros, fazendo com que a pessoa tente evitá-los. Pessoas com ansiedade ao tratamento odontológico geralmente evitam cuidados, o que tem um efeito negativo sobre sua saúde bucal.

Armfield et al., (2006); Lee et al., (2008); Doen et al., (1998); Lara et al., (2012) e Rios et al., (2014), enfatizaram que tem sido demonstrado que a ansiedade odontológica dos pais aumenta a dos filhos e que a prevalência é maior em mulheres

do que em homens e que os níveis mais altos de ansiedade ao tratamento odontológico, estão associados a níveis educacionais com menores rendimentos e que todos indicam uma etiologia multifatorial no desenvolvimento dessa ansiedade.

A ansiedade e o medo durante a consulta odontológica variam com idade, sexo, nível educacional e fatores socioeconômicos. Ao contrário da crença popular, a prevalência de ansiedade antes do tratamento odontológico não diminui com a idade. A prevalência de ansiedade em crianças durante tratamentos dentários pode atingir até 29%. (Clementino, et al., 2018).

Conforme Armfield (2020), embora a prevalência de alta ansiedade dentária varie em uma série de possíveis características do paciente, como idade, sexo, educação e status socioeconômico, deve-se notar que qualquer pessoa, independentemente dessas características, pode ter ansiedade dentária e as consequências de altos níveis de medo do tratamento odontológico são: 1) Pessoas com alto medo dentário estão muito mais propensas a atrasar ou evitar visitas ao dentista; 2) Tanto crianças quanto adultos, são difíceis de tratar, requerem mais tempo e apresentam problemas comportamentais que podem resultar em uma situação estressante e experiência desagradável para o paciente e dificuldades para o cirurgião-dentista; 3) Gerenciar pacientes com medo do tratamento odontológico é uma fonte de estresse considerável para muitos dentistas; 4) Indivíduos com ansiedade dentária, muitas vezes têm pior saúde bucal.

Os pacientes geralmente são colocados em uma posição reclinada, aumentando sua sensação de impotência, e tem pouco controle sobre a situação. Muitas vezes, a sondagem do profissional, raspagem e perfuração são imprevisíveis da perspectiva do paciente, que é incapaz de ver sua própria boca, e isso pode aumentar sua percepção de falta de controle. A fonte de ansiedade de um paciente pode ser em relação ao medo de engasgar ou sufocar, medo de injeção ou uma forte aversão à visão ou pensamento de sangue (Armfield, 2020).

Outros aspectos relevantes em relação a este medo e fobia, são: transtorno obsessivo-compulsivo ou medo de estar longe da segurança de casa, além de outras condições psicológicas, como depressão, também podem ser relacionados à redução de

visitas ao dentista e aumento da necessidade odontológica. Evidências atuais indicam que as pessoas consideradas como tendo ansiedade dentária são também muito mais prováveis que tenha várias outras comorbidades psicológicas, abuso sexual por exemplo tem uma associação observada entre ansiedade odontológica e ter sido vítima de abuso sexual no passado (Armfield, 2020).

DAS (Escala de Ansiedade Dentária)

O DAS (Escala de Ansiedade Dentária) é um instrumento amplamente utilizado; é breve e tem boas propriedades psicométricas. A escala consiste em quatro perguntas sobre diferentes situações odontológicas. Cada questão é pontuada de 1 (não ansioso) a 5 (extremamente ansioso), portanto, o intervalo de pontuações possíveis é de 4 a 20. O ponto de corte de mais de 15 indica alto nível de ansiedade ou possivelmente fóbico (Appukuttan et al., 2016).

Prevalência entre Crianças e Adolescentes

Segundo Wu e Gao (2018), a prevalência relatada de medo e ansiedade dentária entre crianças e adolescentes em diferentes países variaram de 5 a 33%. Crianças costumam tentar todos os meios para evitar ou atrasar o tratamento dentário, resultando em deterioração de sua saúde bucal. Eles também demonstrar pouca cooperação durante as visitas ao dentista, que compromete os resultados do tratamento.

Influência dos pais/responsáveis na ansiedade/medo/fobia dentária

Tem sido sugerido que o início de ansiedade e medos podem ser explicados por diferenças na educação dos filhos e traços de personalidade, significativamente associada com suporte parental. O ambiente e a cultura familiar podem estar associados a fobias dentais, onde o ambiente familiar é um modelo de aprendizagem que influencia desenvolvimento de ansiedade dentária. Evidências existentes sobre o efeito parental no medo e ansiedade das crianças são conflitantes (Coric et al., 2014).

Para aliviar o medo do tratamento odontológico entre as crianças, especial atenção é necessária por meio de avaliação de risco clínico, testes/métodos de diagnóstico precoce, educação dos pais/responsáveis, instruções de higiene oral, selantes de fossas e fissuras, e check-ups dentários periódicos para prevenir a dor dentária e reduzir a o nível de estresse e fobia, que ocasionam necessidade de exaustivas técnicas odontológicas (Kakkar et al., 2016).

Planejamento e Estratégias de Tratamento

O que determina a resposta de ansiedade ou fobia de uma pessoa é a forma com que ela percebe os estressores, ou seja. suas cognições. O que a pessoa pensa, sente, seus valores, crenças e atitudes influenciam na sua resposta física e comportamental ao estresse (Seger, 2002).

Fornecer aos pacientes informações sobre os procedimentos pode ajudar a corrigir conceitos errôneos que os pacientes podem ter sobre o tratamento, como as sensações que podem ser esperadas e a duração prevista do tratamento. A utilidade de fornecer informações muitas vezes depende do tipo de informação fornecida, quando é fornecida, e das preferências dos pacientes pelas informações (Armfield e Heaton, 2013).

Podem ser utilizadas ainda técnicas de distração, reforço positivo, com pequenas recompensas tangíveis ou reconhecimento verbal pode fornecer um incentivo para a cooperação ou comportamento apropriado. Em relação às crianças, acredita-se que não seja possível ter muito reforço, embora o clínico deva tentar imagens guiadas, que visam desviar a atenção do paciente da situação que evoca o medo, a reestruturação cognitiva visa, em vez disso, alterar e reestruturar o conteúdo das cognições negativas de uma pessoa, bem como aumentar o controle do indivíduo sobre tais pensamentos (Armfield e Heaton, 2013).

Outra técnicas são: a) Respiração diafragmática ou de relaxamento; b) Relaxamento muscular progressivo: técnica baseada no princípio básico da fisiologia muscular, que quando um músculo está tenso, a liberação da tensão causa relaxamento no músculo; c) Dessensibilização sistemática: envolve a exposição gradual de um

indivíduo medroso ao aspecto da odontologia que eles consideram assustador, d) Ambiente clínico: acredita-se que alguns pacientes associem as visões, sons, cheiros e sensações do ambiente dentário com sentimentos de ansiedade e antecipação de dor. É sugerido que reduzir os gatilhos de tensão é um procedimento eficaz para o gerenciamento de pacientes ansiosos; e) Hipnose: seu benefício para controlar a ansiedade dentária é que as sugestões podem ser feitas ao paciente, resultando em mudança comportamental, cognitiva ou emocional.; f) Métodos alternativos como tratamento restaurador atraumático (ART), abrasão a ar e lasers infravermelhos, podem reduzir alguns dos aspectos dolorosos ou desconfortáveis da odontologia, reduzindo assim a ansiedade e o medo da dor durante o tratamento; g) Planejamento do tratamento: o tratamento por fases também dá tempo para que o paciente aprenda e pratique algumas das estratégias comportamentais. A sequência e o tempo das fases de tratamento precisam ser flexíveis (Armfield e Heaton, 2013).

Segundo Dahlander et al., (2019), é importante identificar os gatilhos e fatores que podem estar mantendo as preocupações e medos da criança. 1) Discussões sobre emoções: falar abertamente sobre ansiedade e outros sentimentos, educar pais ou cuidadores para que façam isso de forma eficaz por meio da escuta, validação e resolução de problemas; 2) Gerenciamento de comportamento: Antecipar preocupações e comportamentos, bem como buscar garantias e questionamentos é útil. Dar à criança informações sobre o que esperar ao ir ao dentista tornará a experiência mais previsível, dará à criança uma sensação de controle e, assim, ajudará a reduzir a ansiedade; 3) Colocar limites em torno do questionamento repetitivo e da busca de garantias da criança pode ser útil. Declarar claramente como você espera que eles se comportem, modelar comportamentos de "enfrentamento" e resolução de problemas também é benéfico; 4) Estratégias de enfrentamento: ensinar as crianças a relaxar usando a respiração, relaxamento muscular e estratégias de atenção concentrada pode ser útil (por exemplo, focando em um objeto / ponto na sala). 5) Estratégias práticas como segurar a mão da criança, incentivá-la a conversar com o dentista ou com você mesmo, contar, ouvir música ou assistir a um desenho

animado/clipe podem ser úteis; 6) Desafio de pensamento e diálogo interno: ajudar as crianças a identificar pensamentos preocupantes e colocá-los em palavras.

RESULTADOS

Questionário aplicado aos Pais/Responsáveis

Participaram do estudo 50 pais/responsáveis e 50 crianças e adolescentes. Os resultados dos dados sociodemográficos dos pais/responsáveis são apresentados nas tabelas 1, com a distribuição das características socioeconômicas e de percepção quanto ao seu atendimento e tratamento odontológico, bem como os das crianças

Tabela 1): Dados Sociodemográficos Pais/Responsáveis.

VARIÁVEIS		n	%
Parentesco	Mães	32	64,0%
	Pais	10	20,0%
	Responsável	8	16,0%
TOTAL		50	
Renda Familiar	1 salário mínimo	-	
	Entre 1 a 2 salários mínimos	5	10,0%
	Entre 2 a 3 salários mínimos	19	38,0%
	Mais de 3 salários mínimo	26	52,0%
TOTAL		50	
Número de Filhos	1 filho	26	52,0%
	2 filhos	13	26,0%
	3 filhos	8	16,0%
	mais de 3 filhos	3	6,0%
TOTAL		50	
Medo de Dentista	Pouco Medo	28	56,0%
	Certo Medo	22	44,0%
	Muito Medo	0	0,0%
TOTAL		50	
Procura Dentista Regularmente	Sim (Procura)	26	52,0%
	Não (Procura)	24	48,0%
TOTAL		50	

Fonte: Avaliação dos Pesquisados na Clínica Odontológica privada em Araguaína-TO.

Tabela 2): Dados Em Relação a Saúde Bucal da Criança (Pais/Responsáveis),

VARIÁVEIS	RESPOSTAS	n	%
A criança já teve experiência prévia durante outros tratamentos?	Sim	19	38,0%
	Não	31	62,0%
TOTAL:		50	
Qual foi a experiência prévia da criança?	Positiva	31	62,0%
	Negativa	19	38,0%
TOTAL		50	
Tipo de atendimento realizado em seu filho?	Preventivo (orientação, limpeza flúor, selante)	20	40,0%
	Restauração	13	26,0%
	Tratamento de Canal	6	12,0%
	Extração de dente	11	22,0%
TOTAL		50	
Onde costuma levar a criança para o atendimento odontológico?	Serviço público (Posto de Saúde, Hospital Público)	4	8,0%
	Consultório Particular	41	82,0%
	Clínica-Escola (Faculdades de Odontologia, curso de Pós-Graduação)	5	10,0%
	TOTAL		50
Percepção dos pais sobre a saúde bucal da criança?	Boa	39	78,0%
	Ruim	11	22,0%
TOTAL		50	
Percepção dos pais sobre a ansiedade da criança?	Não ansioso	23	46,0%
	Ansioso	27	54,0%
TOTAL		50	
Existem diálogos periódicos com a criança, sobre a importância do tratamento odontológico?	Sim	21	42,0%
	Não	29	58,0%
TOTAL		50	

Há participação nos cuidados alimentares e de prevenção em saúde bucal da criança?	Sim	22	44,0%
	Não	28	56,0%
TOTAL		50	

Fonte: Avaliação dos Pesquisados na Clínica Odontológica privada em Araguaína-TO

Testes/Escalas aplicadas aos pacientes (crianças)

Escala Analógica Visual

Figura 1: Escala analógica visual



Fonte: Motta e Bussadori (2002).

Tabela 3): O paciente infantil (Feminino/Masculino) apresenta-se:

SEXO FEMININO								
IDADE	SORRIN DO	CANSADO	ASSUSTA DO	CHORAN DO	TOTAL	MÉDIA	DESV PAD RÃO	Valor P
04 a 06 anos	5	3	1	2	11	2,75	1,48	0,11
07 a 09 anos	7	3	0	1	11	2,75	2,68	0,06
10 a 12 anos	5	1	0	0	6	1,5	2,06	0,05
TOTAL	17	7	1	3	28			
%	34%	14%	2%	6%	56%			

SEXO MASCULINO								
IDADE	SORRIN DO	CANSADO	ASSUSTA DO	CHORAN DO	TOTAL	MÉDIA	DESV PAD RÃO	Valor P
04 a 06 anos	4	4	2	2	12	3,00	1,00	0,08
07 a 09 anos	2	2	1	0	5	1,25	0,83	0,03
10 a 12 anos	4	1	0	0	5	1,25	1,64	0,01
TOTAL	10	7	3	2	22			
%	20%	14%	6%	4%	44%			

Fonte: Avaliação dos Pesquisados na Clínica Odontológica privada em Araguaína-TO.

A Identificação emocional da criança/adolescente por sexo e idade, tem predominância feminina, com média de 8 anos de ambos os sexos, (DP±1,44) para o sexo feminino e (DP±1,50) para o sexo masculino.

Os resultados da tabela nº 3, demonstraram que no sexo masculino os mais velhos (07 a 09) anos) p=0,03 e (10 a 12 anos) p=0,01 apresentaram-se sorrindo com nível menor de medo, isso foi estatisticamente significante conforme os resultados. Nas demais idades avaliadas o valor de p foi inferior a 5%, o que significa que a hipótese nula é significativa, mostrando probabilidade pequena que o impacto comportamental de crianças e adolescentes seja influenciado pelo medo, ansiedade e fobia dos pais/responsáveis.

Teste de Medo da Criança – Child Fear Survey Schedule - Dental Subscale (CFSS - DS)

Essa avaliação foi composta por 15 itens relacionados a vários aspectos de Tratamento Odontológico (Apêndice C). Pontuação igual ou maior que 38 está associada com grande ansiedade ao tratamento odontológico. Alguns estudos propõem a pontuação de 29 pontos para definir crianças ansiosas (Jälevik; Klingberg, 2002). Outros sugerem que de 32 a 39 é uma taxa de transição para a alta ansiedade odontológica (Berge et al., 2002).

Tabela 4): Escala do medo do paciente infantil (Feminino/Masculino).

	POUCO MEDO (Pontos: 15-32)	CERTO MEDO (Pontos: 32-38)	MUITO MEDO (Pontos: >38)	n	Média	Desv. Padrão	Valor P.
Feminino							
04 A 06	5	4	2	11	3,67	1,25	0,11
07 A 09	7	2	2	11	3,67	2,36	0,06
10 A 12	5	1	0	6	2,00	2,16	0,05
TOTAL	17	7	4	28			
%	34%	14%	8%				
Masculino							
04 A 06	4	5	3	12	4,00	0,82	0,07
07 A 09	3	1	1	5	1,67	0,94	0,03
10 A 12	3	2	-	5	2,50	0,50	0,01
TOTAL	10	8	4	22			
%	20%	16%	8%	44%			
FEMININO X MASCULINO					8,33	4,4	0,26
PAIS/RESPONSÁVEIS							

Fonte: Avaliação dos Pesquisados na Clínica Odontológica privada em Araguaína-TO

Tabela 5): Escala do Medo (Pais/Responsáveis / Sexo Feminino e Masculino).

Anova: fator único

RESUMO

<i>Grupo</i>	<i>Contagem</i>	<i>Soma</i>	<i>Média</i>	<i>Variância</i>
Pais/Resp	3	50,00	16,67	217,33
Feminino	3	28,00	9,33	46,33
Masculino	3	22,00	7,33	9,33

ANOVA

<i>Fonte da variação</i>	<i>SQ</i>	<i>gl</i>	<i>MQ</i>	<i>F</i>	<i>valor-P</i>	<i>F crítico</i>
Entre grupos	144,8889	2,00	72,44	0,80	0,26	5,14
Dentro dos grupos	546	6,00	91,00			
Total	690,8889	8,00				

Fonte: Avaliação dos Pesquisados na Clínica Odontológica privada em Araguaína-TO.

A avaliação da Escala Comportamental de Frankl através dos resultados da tabela da tabela 5, mostram que na análise correlacionada do sexo feminino e masculino, o valor dos subgrupos analisados, mostram-se ser inferior a 5% nas idades avaliadas, o que significa que a hipótese nula é significativa, com probabilidade pequena que o impacto comportamental de crianças e adolescentes seja influenciado pelo medo, ansiedade e fobia dos pais/responsáveis.

Quando a ansiedade foi categorizada em níveis e escalas visuais e de comportamento, a ansiedade alta apresentou baixa prevalência, o que pode ser atribuído às diferenças metodológicas, como variações entre as escalas de mensuração do nível de ansiedade, e variações na faixa etária do grupo estudado. Os dados deste estudo demonstram que crianças cujos pais possuem maior renda familiar, são crianças com maior participação dos pais e responsáveis aos hábitos alimentares adequados.

O tipo de experiência (positiva ou negativa) durante o atendimento odontológico também foi relacionado pelos pais/responsáveis como estatisticamente significativo quando relacionado à ansiedade. Os dados evidenciam que há associação significativa entre fatores socioeconômicos e níveis de ansiedade da criança e de seus pais / responsáveis.

Verificou-se associação significativa entre ansiedade e idade das crianças, onde a ansiedade dental diminuiu com o aumento da idade. Este estudo obteve resultados que demonstraram que a ansiedade está fortemente associada a experiências odontológicas traumáticas e experiências odontológicas negativas. Além do uso de prontuário, utilizou-se na análise a Escala Analógica Visual, o teste de medo da criança – *Child Fear Survey Schedule* e a escala comportamental de *Frankl* (Apêndice C), escalas/testes diferentes de mensuração da ansiedade. Evidenciando que os pacientes ficam mais ansiosos quando são submetidos a tratamentos mais invasivos.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados obtidos no presente estudo, pode-se concluir que a avaliação do medo, ansiedade e fobia de crianças e adolescentes, por meio das variáveis

socioeconômicas, características comportamentais, eventos emocionais e físicos estão muito mais relacionados à idade da população avaliada, do que necessariamente ao medo, ansiedade e fobia dos pais/responsáveis.

REFERÊNCIAS

ABANTO, J; VIDIGAL, E.; CARVALHO, T.S.; COELHO DE SÁ, SN.; BÖNECKER, M. Factors for determining dental anxiety in preschool children with severe dental caries. *Braz. Oral Res.* 2017;31(13):1-7.

ANDRADE ED. Anamnesia y evaluación física. *Terapêutica Medicamentosa em Odontologia*. 2ed. São Paulo: ArtesMédicas, 2006; 1:1-5.

ANGELOTTI, G. *Terapia cognitiva-comportamental no tratamento da dor*. Casa Psi Livraria, São Paulo, 2007, 182p.

APPUKUTTAN DP. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 2016, 1(1): 35-50.

ARMPFIELD JM, SPENCER AJ, STEWART JF. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust Dent J* 2006; 51: 78-85.

ARMPFIELD, JM; HEATON, LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review, *Australian Dental Association*, 2013, 1(1): 390-407.

ARMPFIELD, JM. Dental fear and anxiety: Information for Dental Practitioners, Australian Research Centre for Population Oral Health - Colgate Dental Education Programs | Special topic, 2020, 1(11): 1-5.

ALVES, MU; VOLSCHAN, BCG; HAAS, NAT. Educação em Saúde Bucal: Sensibilização dos Pais de Crianças Atendidas na Clínica Integrada de Duas Universidades Privada. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 47-51, jan./abr. 2004.

BADRA, A. *Hipnose em cirurgia. Prática da hipnose na anestesia*. São Paulo: Círculo do Livro S.A., p.223-232, 1985

BERNHART, MK; SOUTHARD, KA; BATTERSON, KD; LOGAN, HL; BAKER, K.; JAKOBSEN, JR. The effect of preemptive and/or postoperative ibuprofen therapy for orthodontic pain. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2001 Jul;120(1):20-7

BRASIL, Ministério da Saúde, Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados*

Leandro Silva da CONCEIÇÃO; Gilneide de Fátima Silva da CONCEIÇÃO; Andréia Silva da CONCEIÇÃO; Levy Anderson César ALVES; Carlos Pettorossi IMPARATO. AVALIAÇÃO TRANSVERSAL DO IMPACTO QUE O MEDO, FOBIAS E ANSIEDADE DOS PAIS/RESPONSÁVEIS EXERCEM SOBRE O COMPORTAMENTO COLABORATIVO OU NÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DURANTE A PANDEMIA DA DOENÇA DO CORONAVÍRUS (COVID-19 - JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2023. FLUXO CONTÍNUO - MÊS DE JANEIRO. Ed. 48. VOL. 01. Págs. 136-156. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdadefacit.edu.br.

principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 116 p.

CASTILHO, ARF; MIALHE, FL; BARBOSA, TS; RONTANI, RMP. Influence of family environment on children's oral health: a systematic review, *J Pediatr (Rio J)*. 2013; 89(2):116–123.

COBHAM, V; SPENCE, S. DADDS, MR. See discussions, stats, and author profiles for this publication at: [https://www.researchgate.net/publication/12945994Anxious Children and Their Parents: What Do They Expect?](https://www.researchgate.net/publication/12945994Anxious_Children_and_Their_Parents:_What_Do_They_Expect?) *Journal of Clinical Child Psychology* 1999, 28(2):220-231.

CORIC, A.; BANOZIC, A.; KLARIC, M.; VUKOJEVIC, K., PULJAK, L. Dental fear and anxiety in older children: an association with parental dental anxiety and effective pain coping strategies *Journal of Pain Research* 2014, 7(1): 515–521.

COSTA, CHM; FORTE, FDS; SAMPAIO, FC. Motivos para consulta e perfil socioeconômico de usuários de uma clínica infantil. *Rev Odontol UNESP*. 2010; 39(5): 285-289.

DAHLANDER, A; SOARES, F; GRINDEFJORD, M; GRINDEFJORD, G. Factors Associated with Dental Fear and Anxiety in Children Aged 7 to 9 Years. *Dent. J*. 2019, 7, (68): 1-9.

DOERR, PA; LANG, WP; NYQUIST, LV; RONIS, DL. Factors associated with dental anxiety. *J Am Dent Assoc* 1998; 129: 1111-9.

GISLON, LC; BATTAN, ER; STAIMBACH, CO; RAFAELI, C. Conhecimento de mães sobre saúde bucal na infância. *Journal of Oral Investigations*, 2017, 6(2): 455-461

JÄLEVIK, B.; KLINGBERG, GA. Dental Treatment, dental fear and behaviour management problems in children with severe enamel hypomineralization of their permanent first molars, *Int J Paediatr Dent.*, 2002 Jan;12(1):24-32.

KAKKAR, M; WAHI A; THAKKAR R; VOHORA I; SHUKIAS AK. Prevalence of dental anxiety in 10-14 years old children and its implications. *J Dent Anesth Pain Med* 2016 September; 16(3): 199-202

KIRTHIGA M; MURUGAN M. Preventive Dentistry, *nt J Paediatr Dent*. 2019;29 (Suppl. 1):49–62.

LAPORTE, PP; PAN, PM; HOFFMANN, MS; WAKSCHLAG, LS.; ROHDE, LA; MIGUEL, EC; PINE, DS; MANFRO, GG; SALUM, GA. Specific and social fears in children and adolescents: separating normative fears from problem indicators and fobias. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2017; 39 (1); :118–125

Leandro Silva da CONCEIÇÃO; Gilneide de Fátima Silva da CONCEIÇÃO; Andréia Silva da CONCEIÇÃO; Levy Anderson César ALVES; Carlos Pettorossi IMPARATO. AVALIAÇÃO TRANSVERSAL DO IMPACTO QUE O MEDO, FOBIAS E ANSIEDADE DOS PAIS/RESPONSÁVEIS EXERCEM SOBRE O COMPORTAMENTO COLABORATIVO OU NÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DURANTE A PANDEMIA DA DOENÇA DO CORONAVÍRUS (COVID-19 - JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2023. FLUXO CONTÍNUO - MÊS DE JANEIRO. Ed. 48. VOL. 01. Págs. 136-156. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdadefacit.edu.br.

LARA, A; CREGO, A; Romero-Maroto, M. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2012; 22(5):324- 30.

LEE, CY; CHANG, YY.; HUANG, ST. The clinically related predictors of dental fear in Taiwanese children. *Int J Paediatr Dent* 2008;18(6):415-22

MAUTZ-MIRANDA, C; FERNÁNDEZ-DELGADILLO, C; SALDIVIA-OJEDA, C; RODRÍGUEZ-SALINAS, C; RIQUELME-CARRASCO, S; LINCO-OLAVE, J. Prevalence of dental anxiety in children treated at public health services in Valdivia, Chile, 2017, 1(1):1-10.

MENEZES, GR; SAKASHITA, MS.; ANTONIO, RC.; ROLIM, VCLB; CUNHA-CORREIA, AS. Comportamento da criança perante a presença das mães durante a assistência odontológica, *Arch Health Invest*, 2017, 6(2): 59-64.

MORAIS M, TOPOLSKI F, CORRER G, MORO A. Tratamento da má oclusão de Classe III com o uso de miniplacas como dispositivo de ancoragem. *Orthod. Sci. Pract*, 2018, 11(42):75-84.

NASSRI, PHG., SILVA, DC., ITO, MH; et al., *Hipnose em Odontologia*, 2010. Disponível em:<<http://www.imfaceimplantes.com.br/PDF/HIPNOSE%20EM%20ODONTOLOGIA.pdf>>. Acesso em: 04/05/2012.

OLAK, J; HONKALA, S; SAAG, M; NÕMMELA, R. Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 2013, 15(1):26-31.

PAHEL, BT; ROZIER, RG; SLADE, G. Parental perceptions of children's oral health: The Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS), *Health Qual Life Outcomes*, 2007, 5(6): 1-10.

REGO, K. de O; MAIA, JLF. Anxiety in adolescents in the context of the pandemic by COVID-19. *Research, Society and Development*, 2021; 10(6): 1-10.

REIS, F; DIAS, MR.; LEAL, IA consulta no *setting* odontopediátrico: A percepção subjectiva do medo. *Análise Psicológica* (2008), 2 (XXVI): 239-250.

RIBA, H; AL-ZAHRANI S; AL-BUQMI, N; AL-JUND A. A Review of Behavior Evaluation Scales in Pediatric Dentistry and Suggested Modification to the Frankl Scale. *EC Dental Science*, 2017 16(6): 269-275.

RÍOS, ERAZO, M; HERRERA RONDA, A; ROJAS, AG. Ansiedad dental: evaluación y tratamiento. *Av. Odontoestomatol.* 2014; 30(1): 39-46.

Leandro Silva da CONCEIÇÃO; Gilneide de Fátima Silva da CONCEIÇÃO; Andréia Silva da CONCEIÇÃO; Levy Anderson César ALVES; Carlos Pettorossi IMPARATO. AVALIAÇÃO TRANSVERSAL DO IMPACTO QUE O MEDO, FOBIAS E ANSIEDADE DOS PAIS/RESPONSÁVEIS EXERCEM SOBRE O COMPORTAMENTO COLABORATIVO OU NÃO AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DURANTE A PANDEMIA DA DOENÇA DO CORONAVÍRUS (COVID-19 - JNT Facit Business and Technology Journal. QUALIS B1. 2023. FLUXO CONTÍNUO - MÊS DE JANEIRO. Ed. 48. VOL. 01. Págs. 136-156. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. E-mail: jnt@faculdadefacit.edu.br.

ROSA, S; ANDRADE, DJC. A dor do paciente pediátrico no consultório dentário. *ActaPediatr Port.*, 2011, 42(3): 123-8.

SANTOS, BZ; DOTTO, PP; DALPIAN, DM; GROSSEMAN, S; CORDEIRO, MMR. Teaching and Learning Regarding the Dentist-Pediatric Patient Relationship: A Qualitative Study. *PesqBrasOdontopedClinIntegr* 2018, 18(1):e4039.

SEGER, L. *Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora*. 4 ed. São Paulo: Santos, 2002, 448p.

SHAHNAVAZ, S; HEDMAN, E; GRINDEFJORD, M; REUTERSKIÖLD, L; DAHLLÖF, G. Cognitive Behavioral Therapy for Children with Dental Anxiety: A Randomized Controlled Trial, 2016, 1(3): 234-243.

SHIM YS; KIM AH., JEAN EY; AN SY. Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicin*, 2015; 15(2):53-61.

SHIM, WK; BRAUN, TM; INGLEHART, MR.; HABIL, P. Parents' dental anxiety and oral health literacy: effects on parents and children's oral health-related experiences. *Journal of Public Health Dentistry*. 2014; 74(3):195-201.

SHINDOVA, MP; BELCHEVA, AB. Dental Fear and Anxiety in Children: a Review of the Environmental Factors; *Folia Medica*. 2021, 63(2):177-82.

SOARES, FC; LIMA, RA; BARROS, MVG; COLARES, V. Factors Associated with Dental Anxiety in Brazilian Children of 5 to 8 years. *Brazilian Research in Pediatric Dentistry and Integrated Clinic* 2014, 14(2)97-105

TROUVIN, A.; PERROT, S. New concepts of pain. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 2019, 33(1): 1-10.

VIANA-FILHO, JMC; CLEMENTINO, MA; LIMA, L.M.; GARCIA, A.G; CARVALHO, MMP; FERREIRA, JMS. Anxiety of parents and children in dental care, RGO, *Rev GaúchOdontol*. 2018 Out-Dez; 66(4): 321-329.

VISWANATH, D; KUMAR, M; PRABHUJI, M.V. Dental Anxiety, Fear And Phobia In Children. *International Journal of Dental*, 2014, 4(1): 1-14.

WU, L; GAO, X. Children's dental fear and anxiety: exploring family related factors. *Wu and Gao BMC Oral Health* 2018, 18 (100): 2-10.