

PERFIL DO MEDO APRESENTADO POR CRIANÇAS FRENTE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

PROFILE OF FEAR PRESENTED BY CHILDREN FRONT DENTAL TREATMENT

TAMARA DA SILVA **GAMA**¹, CÍCERA ALANE DE **OLIVEIRA**¹, EVALENA LIMA **CABRAL**¹, CAMILA HELENA MACHADO DA COSTA **FIGUEIREDO**², GYMENNA MARIA TENÓRIO **GUÊNES**³, ELIZANDRA SILVA DA **PENHA**^{4*}

1. Acadêmicas do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil; 2. 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; 3. 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; 4. Cirurgiã-dentista, Mestre em Odontologia pela Universidade Potiguar, docente do curso de graduação em Odontologia da Universidade Federal de Campina Grande, Patos, Paraíba, Brasil.

* Universidade Federal de Campina Grande, UFCG, Patos, Paraíba, Brasil. Avenida Universitária, s/n, Jatobá, Patos, Paraíba, Brasil. CEP: 58708-110. elizandrapenha@hotmail.com

Recebido em 06/11/2016. Aceito para publicação em 16/11/2017

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.

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 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 a 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.

2. 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 assinar 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.

3. 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

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)

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).

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	

^a Teste 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	

^a Teste estatístico Qui-Quadrado

4. 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 objeti-

vou 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.

5. 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

- [01] 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 Interfases*. 2013; 1(3).
- [02] 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.
- [03] 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.
- [04] 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.
- [05] 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.
- [06] Mialhe FL, Possobon RF, Boligon F, Menezes MA. Medo Odontológico entre Pacientes Atendidos em um Serviço de Urgência. *PBOCI.* 2010; 10(3): 483-487.
- [07] 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.
- [08] 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.
- [09] 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. *Stomatologia.* 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.