

Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência

Rev. Saúde Pública vol.37 no.6 São Paulo Dec. 2003

Kazue Kanegane; Sibelesarti Penha; Maria Aparecida Borsatti; Rodney Garcia Rocha

Departamento de Estomatologia da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

[Endereço para correspondência](#)

RESUMO

OBJETIVO: Avaliar a frequência de pacientes com ansiedade ou medo do tratamento odontológico em um setor de urgência.

MÉTODOS: Participaram do estudo 252 pacientes, com 18 anos ou mais, que compareceram ao setor de urgência de uma faculdade de odontologia, de São Paulo, SP, entre agosto e novembro de 2001. Para avaliar a ansiedade, foram utilizadas a *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS), e a Escala de Medo de *Gatchel*. O grupo estudado respondeu a questões sobre: tempo decorrido desde a última visita ao dentista e desde o início dos sintomas, escolaridade, renda familiar e história prévia de trauma. Os resultados foram analisados pelos testes estatísticos (χ^2 e Teste Exato de Fisher).

RESULTADOS: Foram identificados 28,2% de indivíduos com algum grau de ansiedade, segundo a MDAS, na qual as mulheres foram consideradas mais ansiosas que os homens ($\chi^2=0,01$); e 14,3% de pacientes com alto grau de medo segundo a Escala de Medo de *Gatchel*. Em 44,4% da amostra a demora para procura de alívio dos sintomas foi > sete dias. Mulheres ansiosas procuraram atendimento mais rapidamente e em maior número. Experiência traumática anterior ocorreu em 46,5% dos pacientes ansiosos. Não foi possível relacionar escolaridade e renda familiar com ansiedade e/ou medo.

CONCLUSÕES: Pacientes ansiosos, com destaque para as mulheres, são frequentes no atendimento odontológico de urgência. Experiência prévia traumática mostrou-se importante para o desenvolvimento da ansiedade em relação ao atendimento odontológico.

Descritores: Ansiedade ao tratamento odontológico. Emergências. Medo. Fatores socioeconômicos.

INTRODUÇÃO

Uma das dificuldades encontradas pelo clínico durante o atendimento odontológico é o medo que alguns pacientes manifestam ter em relação aos procedimentos que terão curso durante a sessão. O comparecimento para tratamento odontológico pode representar um grande problema para esses pacientes.

O medo é uma emoção primária e poderosa que nos alerta sobre o perigo iminente, em relação a um objeto ou situação. Quando o perigo é reconhecido, o indivíduo reage com um conjunto de respostas comportamentais e neurovegetativas acompanhadas de uma experiência desagradável.¹⁶

Quando o perigo não é evidente, mas se apresenta de maneira vaga e persistente, ou até mesmo quando os sinais de um dano iminente não são conscientemente percebidos, denomina-se o estado de apreensão, verificando-se então a ansiedade.¹⁶ Ela não é controlada pela consciência, ou seja, as pessoas não têm capacidade de interrompê-la. A ansiedade também agrava o sofrimento psicológico causado pela dor.

A infância constitui-se em um período crítico para o desenvolvimento da ansiedade. Aproximadamente um quarto da população americana adulta evitou fazer visitas regulares ao dentista devido a experiências vividas nesse período.²

Pacientes com muito medo são conhecidos por dentistas e alunos de Odontologia como de difícil atendimento.^{10,13} Na população em geral, quase 7% afirmaram ter muito medo do atendimento, enquanto outros 13% referiram sentir algum medo.¹³ No Brasil, encontrou-se uma prevalência de 15% de ansiosos dentais.¹⁶ Aartman¹ (1998), avaliando uma versão curta do Inventário de Ansiedade Dental, observou que o maior medo entre os ansiosos dentais foi o da exodontia, seguido do preparo cavitário.

Rosa & Ferreira¹⁷ (1997) também afirmaram existir uma associação entre o medo e saúde bucal deficiente. Isso pode ter sido decorrente da menor frequência de procura por tratamento odontológico pelos pacientes com medo. Normalmente, os pacientes ansiosos esperam longos períodos para marcar uma consulta e não raramente a cancelam. Entre as principais causas que fizeram o paciente não ir ao dentista, estão o custo (75,4%) e o medo (36,9%).¹⁰ Dentre pessoas que não fizeram consultas odontológicas de rotina, 23% não o fizeram por medo.⁸

Em relação à idade, Milgrom et al¹³ (1988) relataram que pacientes com menos de 40 anos podem ser 1,5 vezes mais ansiosos que aqueles com mais de 40 anos. Outra característica encontrada foi o maior nível de ansiedade relatado pelas mulheres.^{4,10,11,17}

No atendimento de urgência odontológica, tanto em consultório como em faculdades, a procura do paciente é motivada na maior parte das vezes por uma queixa de dor.

A prática clínica sugere que os níveis de ansiedade e medo em pacientes que procuram atendimento de urgência são maiores do que na população em geral.

Frente à possibilidade de demora para a procura de atendimento odontológico decorrente de ansiedade ou medo em relação ao tratamento dental, propôs-se a investigar a frequência de pacientes que apresentam essa condição, relacionando-a com o procedimento executado, tempo desde a última visita ao dentista, tempo desde o início dos sintomas, história prévia de trauma e características socioeconômicas da amostra.

MÉTODOS

A pesquisa foi baseada em entrevistas estruturadas realizadas com os pacientes que procuraram o setor de emergência de um serviço odontológico localizado no município de São Paulo, antes do atendimento odontológico, no período de agosto a novembro de 2001. Nesse setor de urgência, são atendidos, em média, 800 pacientes por mês, de qualquer idade, apresentando a maioria como queixa principal a dor de dente, decorrente tanto da cárie e suas conseqüências, quanto de origem periodontal. Os critérios de inclusão no estudo foram: ter 18 anos ou mais e concordar em participar da pesquisa após consentimento esclarecido por escrito. Os pacientes que não sabiam ler não foram excluídos do estudo. Nestes casos, o termo de consentimento e o questionário da pesquisa foram lidos para aqueles que quiseram participar. Todas as entrevistas foram executadas pelo mesmo operador. Os pacientes entrevistados foram sorteados, constituindo uma amostra de 252 (9,1%) dentre os 2.707 atendidos no período. Em média, participaram da pesquisa sete pacientes por dia, em dias alternados da semana, de maneira a contemplar todos os dias. A cada três pacientes que preenchiam os requisitos da pesquisa, o terceiro era escolhido. A taxa de recusa foi pequena: apenas três dos 255 pacientes abordados não concordaram em responder o questionário.

O paciente foi caracterizado quanto ao sexo, idade, grau de escolaridade e renda familiar. Foram feitas perguntas quanto ao tempo decorrido desde sua última visita ao dentista, tempo de demora para procurar o dentista desde o início dos sintomas, queixa atual, intensidade da dor (se a dor não estava presente no momento da entrevista, o paciente era orientado a responder numa situação de dor que intensidade ela teria no momento da procura do dentista), e se relacionava algum fato vivenciado como causador de medo em relação ao atendimento odontológico. Também foi anotado o procedimento de urgência executado.

A ansiedade dental foi medida por meio de dois métodos: *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS) e Escala de Medo de *Gatchel*. A segurança e a validade da *Dental Anxiety Scale* descrita por Corah foram demonstradas em vários estudos,^{4,8,10,17} traduzida para o português por Pereira et al¹⁴ (1995). Entretanto, como a proposta original de Corah não incluía nenhuma referência à anestesia local, Humphris et al⁹ (1995) acrescentaram uma pergunta sobre anestesia, a qual foi incluída neste estudo. A escala é composta de cinco questões com cinco alternativas de respostas,

sendo que se atribui valor um à alternativa correspondente a de menor grau de ansiedade e valor cinco, a de maior grau. O mínimo escore possível é de cinco (sem ansiedade) e o máximo, de 25 (extrema ansiedade). Consideraram-se como ansiosos dentais aqueles pacientes que apresentaram escores maiores ou iguais a 16, sendo que escores acima de 19 identificaram o paciente com fobia.⁹

A Escala de Medo de *Gatchel* é composta de uma pergunta na qual é solicitado ao paciente quantificar seu medo em relação ao atendimento odontológico numa escala de um a 10, onde um representa ausência de medo, e 10, medo extremo. Pacientes que apresentaram valores maiores ou iguais a oito foram classificados como tendo alto grau de medo.⁶

Os dados obtidos foram submetidos à análise estatística, com a utilização dos testes não paramétricos Qui-quadrado e Teste Exato de Fisher, para determinar a existência de diferenças significativas entre os grupos.

Para determinar a confiabilidade da escala *MDAS*, utilizou-se um método de verificação da consistência interna denominado coeficiente alfa de Cronbach.

A validade discriminante da escala *MDAS* foi determinada dividindo-se a amostra em quartis. Pela análise de variância, testou-se a hipótese de que todos os grupos estudados tinham a mesma média, por meio do cálculo da razão variância média intergrupos e variância média intragrupo.

A correlação entre as escalas *MDAS* e de *Gatchel* foi calculada através do coeficiente de correlação de Spearman.

RESULTADOS

Participaram da entrevista 148 mulheres e 104 homens, com idade variando de 18 a 81 anos. A dor sem associação com outras queixas foi o motivo de procura por atendimento para 61,5% (155/252) dos pacientes. Outras queixas, como aumento de volume, alteração em gengiva, sangramento, mau hálito, lesão e trauma, ocorreram em 4,8% (12/252) dos entrevistados. A dor associada a uma dessas queixas esteve presente em 17,5% (44/252) dos questionados. Queixas sem dor, como remoção de sutura, cimentação de provisórios ou orientação, motivaram a procura por atendimento de 16,3% (41/252) dos pacientes. A demora para procura de alívio dos sintomas foi maior do que sete dias em 44,4% (112/252) da amostra. E na presença de dor, 48,0% (121/252) dos pacientes afirmaram que somente procuraram ou procurariam atendimento, quando a intensidade da dor fosse insuportável.

Com a utilização da Escala *MDAS*, 28,2% (71/252) dos pacientes foram classificados como ansiosos ([Figura 1a](#)). Em relação à Escala de Medo de *Gatchel*, 14,3% (36/252) dos pacientes apresentaram alto grau de medo ([Figura 1b](#)). Houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos em relação à Escala *MDAS* ($\chi^2=0,01$), sendo maior o número de mulheres ansiosas.

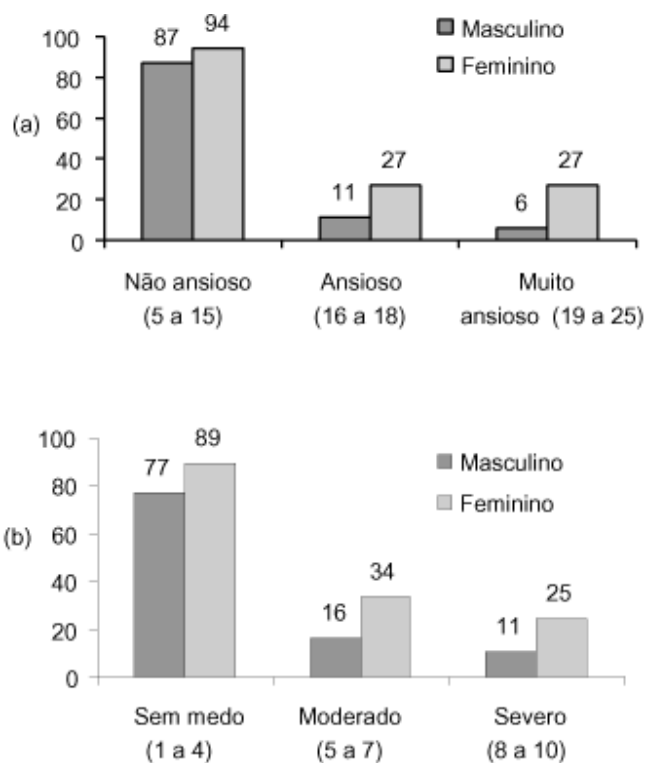


Figura 1 - Distribuição dos pacientes segundo a Modified Dental Anxiety Scale (a) e Distribuição dos pacientes segundo a Escala de Medo de Gatchel (b).

Os procedimentos mais executados foram os relacionados a problemas endodônticos (134/252), seguido dos relacionados ao periodonto (32/252) e aos de cárie (30/252). Não se encontrou diferença entre os procedimentos realizados no grupo de pacientes ansiosos e/ou com medo e no grupo de pacientes não ansiosos ($\chi^2 > 0,05$).

Os pacientes foram questionados sobre o tempo decorrido desde a última visita ao dentista até a data da entrevista. Nos últimos 12 meses, 64,8% (46/71) dos pacientes ansiosos compareceram ao dentista e 70,2% (127/181) entre os não ansiosos. Dentre o grupo de pacientes ansiosos que procuraram atendimento odontológico no último ano (46), a maioria foi composta de mulheres (37). Houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos ($\chi^2 = 0,01$), no grupo de pacientes com ansiedade que compareceram ao dentista nos últimos 12 meses, segundo a Escala MDAS. Porém não houve diferenças estatisticamente significativas no retorno até 12 meses, segundo a Escala de Gatchel ($\chi^2 > 0,05$), assim como no retorno após 12 meses (Teste Exato de Fisher: $p > 0,05$), entre os sexos.

O tempo de demora para procura de atendimento a partir do início dos sintomas não apresentou diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 > 0,05$) na escala MDAS, nas faixas de tempo avaliadas: até dois dias (19 ansiosos, 54 sem ansiedade), entre três e sete dias (19 ansiosos, 48 sem ansiedade), e mais de sete dias (33 ansiosos, 79 sem ansiedade). Porém, em relação à Escala de Medo de Gatchel, houve diferença

estatisticamente significativa entre o grupo que demorou até dois dias para procurar atendimento (57), e o grupo que demorou de três a sete dias (64), ao nível de 1%.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos de faixas etárias dos entrevistados e a ansiedade e/ou medo ($\chi^2 > 0,05$). Na [Figura 2](#) encontra-se a distribuição da amostra por faixa etária nas escalas MDAS e de Gatchel.

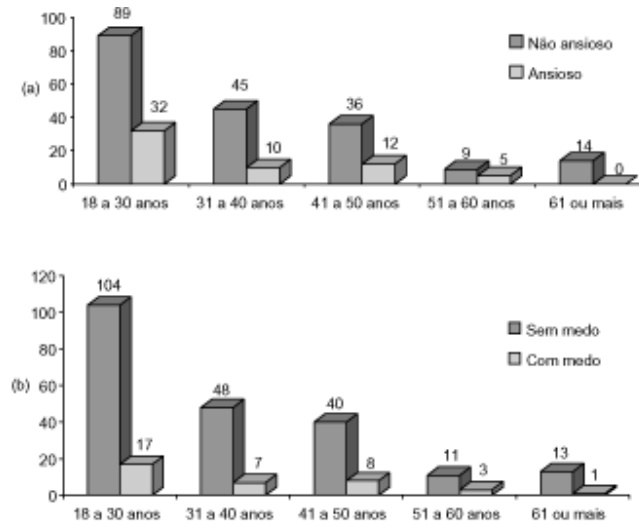


Figura 2 - Distribuição dos pacientes em relação à faixa etária segundo Corah (a) e Distribuição dos pacientes em relação a faixa etária segundo a Escala de Medo de Gatchel (b).

Dos 252 pacientes entrevistados, 55 disseram ter uma experiência anterior traumatizante. Exodontia prévia como causa do medo foi o evento relatado por 17 pacientes; 11 pessoas com medo da anestesia, sete com medo da broca e os 20 restantes com histórias diversas. A presença de história prévia de trauma foi identificada em 46,5% (33/71) dos pacientes com ansiedade (Escala MDAS) com diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo sem ansiedade ($\chi^2 = 0,01$).

Quanto a renda familiar, a [Tabela 1](#) mostra que não houve diferença estatisticamente significativa entre eles ($\chi^2 > 0,05$) quando comparados o grupo com renda de até seis salários mínimos (SM) e o grupo com renda acima de seis SM, com os indivíduos ansiosos (Escala MDAS) e os classificados como alto grau de medo (Escala de Gatchel).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes ansiosos segundo as escalas MDAS e de Gatchel em relação à renda familiar.

Renda familiar	MDAS		Gatchel	
	Não ansioso	Ansioso	Sem alteração	Com medo
Menos de um SM	3	6	8	1
De um a três SM	62	33	80	15
De quatro a seis SM	71	19	76	14
De sete a 10 SM	25	10	30	5
Mais de 10 SM	15	3	17	1
Não sabe	5	0	5	0
Total	181	71	216	36

SM = salário-mínimo.

MDAS = Modified Dental Anxiety.

Gatchel = Escala de Medo.

Na [Tabela 2](#), observa-se que a escolaridade dos pacientes participantes do estudo, em relação às escalas MDAS e de Gatchel, não apresenta diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 > 0,05$) quando comparados os grupos A+B+C (analfabeto + primário + fundamental incompleto), D+E (fundamental completo + médio incompleto) e F+G+H (médio completo + superior incompleto + superior completo).

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes segundo a escolaridade em relação às escalas MDAS e de Gatchel.

Escolaridade	MDAS		Gatchel	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
A+B+C	7*/30**	21*/32**	9***/28****	7***/46****
D+E	7*/26**	18*/23**	1***/32****	9***/32****
F+G+H	3*/31**	15*/39**	1***/33****	9***/45****

A+B+C – analfabeto+primário+fundamental incompleto

D+E – fundamental completo+médio incompleto

F+G+H – médio completo+superior incompleto+superior completo

*/** ansiosos/não ansiosos

/** com medo/sem alteração

Para determinar a confiabilidade da escala MDAS, o cálculo do coeficiente alfa de Cronbach, para o conjunto de cinco itens, forneceu o valor de 0,74. A validade discriminante foi determinada a partir da análise dos quartis. Os intervalos de confiança de 95% não se sobrepuseram (quartil 1: 6,6786~7,3849; quartil 2: 10,5645~11,1498; quartil 3: 14,1356~14,6263; quartil 4: 18,6803~19,9228), ou seja, todos os grupos apresentaram médias distintas. O teste ANOVA mostrou que a variação entre grupos é muito maior que a variação dentro dos grupos ($F=663,55$; para $p=0,000$).

Nos resultados obtidos, não houve uma concordância integral entre as duas escalas utilizadas. O coeficiente de correlação de Spearman entre as duas escalas foi significativo ao nível de 1% com valor de r calculado de 0,58. A [Figura 3](#) apresenta comparação entre os dois métodos para pacientes com ansiedade e/ou medo.

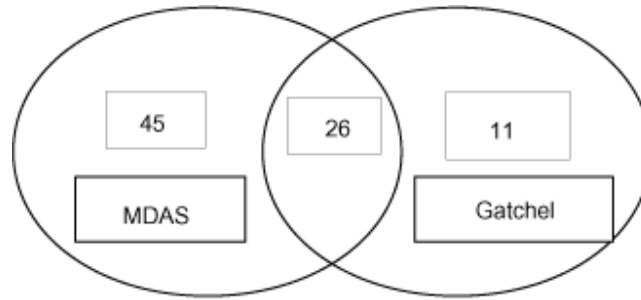


Figura 3 - Sobreposição entre as duas escalas de ansiedade utilizadas de pacientes com medo e/ou ansiedade.

DISCUSSÃO

Apesar do aperfeiçoamento dos equipamentos e dos procedimentos dentais e de métodos de prevenção, o relato de ansiedade e dor e/ou desconforto associados ao tratamento dental parece não ter mudado com o passar do tempo.

Na presente pesquisa, os indivíduos estudados tinham 18 anos ou mais, e foram entrevistados no momento imediatamente anterior ao atendimento de urgência odontológica. Nesta condição, poderiam ser encontrados tanto indivíduos que estavam ansiosos devido à situação em que se encontravam quanto aqueles que tinham ansiedade. Em um estudo desenvolvido com pacientes novos em uma clínica de emergência odontológica, Kaakko et al¹⁰ (1999) encontraram uma prevalência de 21,8% de ansiosos dentais. Entre os indivíduos adultos questionados em domicílio, utilizando os diversos instrumentos desenvolvidos para medir a ansiedade dental, foi encontrada uma prevalência que variam de 7,2% a 23,4%.^{5,8,12,13}

A análise da consistência interna do *MDAS* foi realizada para avaliar a confiabilidade do instrumento; obteve um coeficiente de 0,74, indicando que a escala tem boa consistência. Após a análise de validade discriminante, pode-se concluir que o *MDAS* resultou numa medida capaz de discriminar não só os grupos extremos como também os quatro grupos de quartis.

Não houve uma concordância total entre as duas escalas avaliadas. A prevalência de ansiedade encontrada na presente pesquisa foi de 28,2%. Em outros estudos, esses valores variaram devido às diferenças entre os fundamentos de cada escala, assim como entre as amostras populacionais selecionadas para cada pesquisa. Enquanto a Escala de *Gatchel* apresenta valores-limite mais rígidos, a Escala de *MDAS* analisa tanto o sentimento quanto as respostas fisiológicas do entrevistado.¹²

Deve-se considerar também que o número de pacientes ansiosos pode ser maior que o encontrado. Isto porque as escalas utilizadas não avaliam a reação do paciente a uma sessão de tratamento, mas sim a predisposição a ficar ansioso num atendimento hipotético. Por isso, a reação do paciente durante a consulta pode ser diferente do resultado obtido com a aplicação das escalas de ansiedade.⁹ Os pacientes podem ainda apresentar dificuldade em admitir os seus sentimentos. Mas pôde-se observar que as mulheres admitem ter ansiedade mais do que os homens, resultado também encontrado em outros trabalhos.^{4,10,11,17}

As pacientes ansiosas estudadas compareceram para atendimento com maior frequência e retornaram ao dentista em um período inferior a um ano quando comparadas aos seus pares. A maioria dos ansiosos procurou atendimento nos últimos 12 meses diferentemente do resultado encontrado por Hakeberg et al⁷ (1992), no qual os ansiosos retornaram para tratamento num período superior a dois anos; e por Rosa & Ferreira¹⁷ (1997), os quais verificaram que 75,28% dos entrevistados classificados como ansiosos não foram ao dentista nos últimos 12 meses. Porém, Cesar et al³ (1999), com o objetivo de verificar os motivos que levaram os pacientes ao não comparecimento ao dentista, notaram por meio de inquérito domiciliar na área metropolitana de São Paulo que, dos 68,2% dos pacientes que não foram ao dentista nos últimos 12 meses, apenas 3,25% não o fizeram devido ao "medo de dentista".

O tempo decorrido desde o início dos sintomas apresentou diferença estatisticamente significativa entre o grupo de pacientes que compareceu em até dois dias e o grupo que demorou entre três a sete dias, na Escala de *Gatchel*. A maioria dos pacientes com medo procurou atendimento em menor espaço de tempo. Isto sugere que pacientes de emergência, que apresentam medo, procuram atendimento no início dos sintomas. Esta procura imediata pode representar uma tentativa de sanar a queixa odontológica rapidamente, evitando possíveis complicações e o recrudescimento do quadro.

Na amostra estudada, não foi possível estabelecer uma relação entre a idade e a ansiedade, assim como Doerr et al⁵ (1998) e Kaakko et al¹⁰ (1999). Entretanto, alguns autores afirmam haver uma relação inversa entre a ansiedade e a idade.^{7,11,13}

O medo é uma emoção primária que indica que uma situação de perigo foi reconhecida, fazendo com que o indivíduo concentre toda sua atenção no evento. Já a ansiedade representa o medo que foi transferido da situação original para uma situação imaginada, decorrente de fatos semelhantes ou que desencadeiam a lembrança de uma situação prévia.² Pôde-se verificar que 46,48% dos pacientes classificados como ansiosos relataram ter vivenciado um evento traumatizante relacionado com procedimentos odontológicos recentes. Porém, Anderson² (1997) afirma que a ansiedade e o medo relacionados ao atendimento odontológico muitas vezes têm origem em uma história prévia de atendimento traumatizante, com frequência ocorrida na infância.

O nível de escolaridade e a renda familiar não puderam ser associadas à ansiedade, resultado semelhante ao encontrado por Hakeberg et al⁷ (1992) e Rosa & Ferreira¹⁷ (1997). Entretanto, deve-se considerar que os pacientes que procuraram atendimento foram em sua maioria de baixa renda e grau de escolaridade de nível médio ou inferior. Seria necessário que os indivíduos da amostra tivessem maior renda e escolaridade para que se pudesse confirmar não haver relação desses fatores com a ansiedade.

Baseado nas escalas de ansiedade e medo utilizadas, verificou-se que não houve uma concordância integral entre os resultados, embora sejam métodos com validade reconhecida, e que podem ser úteis para o profissional na identificação de um paciente ansioso ou que apresente medo. No presente estudo, mulheres ansiosas compareceram em maior número para atendimento odontológico de urgência. A história prévia de trauma mostrou-se importante para o desenvolvimento da ansiedade em relação ao atendimento odontológico.

O atendimento gratuito disponibilizado facilita a procura do setor por pacientes com baixa renda. Porém, deve-se considerar também que o processo saúde-doença é multicausal, onde, além dos fatores socioeconômicos, os fatores genéticos e familiares encontram-se em primeiro nível de causalidade, podendo influenciar os fatores localizados em níveis inferiores, como os comportamentais, onde se situam o atendimento odontológico e os conhecimentos e atitudes relacionados à saúde bucal.¹⁵ Portanto, outros fatores, além dos abordados na presente pesquisa, podem ser estudados para o esclarecimento da questão ansiedade/medo do atendimento odontológico.

REFERÊNCIAS

1. Aartman IHA. Reliability and validity of the short version of the Dental Anxiety Inventory. *Comm Dent Oral Epidemiol* 1998;26:350-4.
2. Anderson JW. Fear in dental chair. *Oral Health* 1997;87:9-12.
3. Cesar CLG, Narvai PC, Gattás VL, Figueiredo GM. "Medo de dentista" e demanda aos serviços odontológicos. *RGO* 1999;47:191-4.
[[Lilacs](#)]
4. Corah NL, Gale EN, Illig SJ. Assessment of a dental anxiety scale. *J Am Dent Assoc* 1978;97:816-9.
[[Medline](#)]
5. Doerr PA, Lang WP, Nyquist LV, Ronis DL. Factors associated with dental anxiety. *J Am Dent Assoc* 1998;129:1111-9.
[[Medline](#)]
6. Gatchel, R. The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. *J Am Dent Assoc* 1989;118:591-3.
[[Medline](#)]
7. Hakeberg M, Berggren U, Carlsson SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20:97-101.
[[Medline](#)]
8. Haugejorden O, Klock KS. Avoidance of dental visits: the predictive validity of three dental anxiety scales. *Acta Odontol Scand* 2000;58:255-9.
[[Medline](#)]
9. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJE. The modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health* 1995;12:143-50.
[[Medline](#)]

10. Kaakko T, Getz T, Martin MD. Dental anxiety among new patients attending a dental school emergency clinic. *J Dent Educ* 1999;63:748-52.
[[Medline](#)]
11. Liddell A, Locker D. Gender and age differences in attitudes to dental pain and dental control. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:314-8.
[[Medline](#)]
12. Locker D, Shapiro D, Liddell A. Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:346-50.
[[Medline](#)]
13. Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dent Assoc* 1988;116:641-7.
[[Medline](#)]
14. Pereira LHMC, Ramos DLP, Crosato E. Ansiedade e dor em odontologia – enfoque psicofisiopatológico. *Rev APCD* 1995;49:285-90.
15. Petry PC, Victora CG, Santos IS. Adultos livres de cárie: estudos de casos e controles sobre conhecimentos, atitudes e práticas preventivas. *Cad Saúde Pública* 2000;16:145-53.
16. Rocha RG, Araújo MAR, Soares MS, Borsatti MA. O medo e a ansiedade no tratamento odontológico: controle através de terapêutica medicamentosa, In: Feller C, Gorab R. *Atualização na Clínica Odontológica*. São Paulo: Ed. Artes Médicas; 2000. p. 387-410.
17. Rosa AL, Ferreira CM. Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. *RBO* 1997;54:171-4.

 **Endereço para correspondência**

Sibele Sarti Penha
Depto de Estomatologia - Faculdade de Odontologia
Av. Prof. Lineu Prestes, 2227 Cidade Universitária
05508-900 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: sibsarti@usp.br