



Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e
Clínica Integrada

ISSN: 1519-0501

apesb@terra.com.br

Universidade Federal da Paraíba
Brasil

Faria de Fonseca MACEDO, Felipe Augusto; Pimenta CORRÊA, Fabiano; Freitas
MATTOS, Flávio de; VASCONCELOS, Mara; Nogueira Guimarães de ABREU, Mauro
Henrique; Dutra LUCAS, Simone

Ansiedade Odontológica em um Serviço de Saúde Bucal de Atenção Primária
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada, vol. 11, núm. 1, enero-marzo,
2011, pp. 29-34
Universidade Federal da Paraíba
Paraíba, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63719237004>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Ansiedade Odontológica em um Serviço de Saúde Bucal de Atenção Primária

Dental anxiety in a Primary Attention Oral Health Service

Felipe Augusto Faria de Fonseca MACEDO¹, Fabiano Pimenta CORRÊA², Flávio de Freitas MATTOS³, Mara VASCONCELOS³, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de ABREU³, Simone Dutra LUCAS³

¹Bolsista de Iniciação Científica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG, Brasil.

²Aluno de Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG, Brasil.

³Professor Adjunto do Departamento de Odontologia Social e Preventiva da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Identificar a ansiedade odontológica e determinar os fatores a ela associados.

Método: Trezentos e quinze indivíduos sob tratamento nas clínicas da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais participaram do estudo. A Escala de Ansiedade Odontológica Modificada foi utilizada para identificar ansiedade e fobia. A Escala Modificada de Ansiedade Odontológica (MDAS) consiste de cinco itens com cinco alternativas cada, especialmente desenvolvidos para medir a ansiedade odontológica com escores de 5 a 25. Pacientes considerados ansiosos quando apresentam escores maiores do que 16. Escores a partir de 19 indicam fobia odontológica. Foram coletadas informações sobre idade, sexo, nível educacional, renda, histórias de tratamentos odontológicos evitados e também de consultas perdidas. O nível de significância adotado foi de $p < 0,05$.

Resultados: Ansiedade odontológica e fobia foram identificadas em 20% e 8,6% dos indivíduos, respectivamente. As mulheres apresentaram níveis de ansiedade mais elevados do que os homens. O nível educacional mais baixo esteve associado a escores mais elevados de ansiedade. Os pacientes com escores mais elevados de ansiedade tenderam mais a faltar às consultas odontológicas.

Conclusão: A ansiedade odontológica foi frequente no serviço de saúde bucal estudado. Há múltiplos determinantes desta condição, especialmente os relatos de tratamentos odontológicos evitados e consultas odontológicas perdidas. Se o serviço de saúde bucal não favorece a redução da ansiedade, pode criar uma barreira ao acesso ao tratamento.

ABSTRACT

Objective: To identify dental anxiety and determine the factors associated with its occurrence.

Methods: Three hundred and fifteen individuals under treatment at the clinics of the Dental School of the Federal University of Minas Gerais participated in the study. The Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) was used to identify dental anxiety and phobia. The MDAS is an instrument composed of 5 items with 5 alternatives each, especially developed to measure dental anxiety with scores from 5 to 25. Patients are considered anxious when present scores higher than 16, while scores above 19 indicate dental phobia. Information was collected about age, gender, educational level, income, history of avoided dental treatments and missed dental appointments. The significance level was set at $p < 0.05$.

Results: Dental anxiety and phobia were identified in 20% and 8.6% of the individuals, respectively. Women presented higher levels of anxiety than men. Lower educational level was associated with higher anxiety scores. Patients with higher anxiety scores tended to miss more dental appointments.

Conclusion: Dental anxiety was frequent in the oral health service evaluated. There are multiple determinants for this condition, especially reports of postponed dental treatments and missed dental appointments. If the oral health service cannot reduce dental anxiety, it may create a barrier to patients' access to the treatment.

DESCRIPTORES

Ansiedade; Medo; Saúde bucal.

KEYWORDS

Anxiety; Fear; Oral health.

INTRODUÇÃO

A prática odontológica, historicamente, tem se caracterizado pela realização de procedimentos invasivos. Esse processo de trabalho contribui para o entendimento das causas da ansiedade no paciente, influenciando desde a sua procura e frequência ao profissional da odontologia até sua cooperação durante o tratamento.

Levantamentos internacionais mostram que grande parte da população evita visitar os consultórios odontológicos como rotina. Este tipo de serviço apenas é buscado quando há a sensação de necessidade de tratamento, ou seja, na presença de sinais e/ou sintomas clínicos como dor, edema e fístulas¹⁻³.

A ansiedade é entendida como uma resposta a situações na qual a fonte de ameaça ao indivíduo não está bem definida, é ambígua ou não está objetivamente presente⁴. Esse comportamento pode causar uma barreira para o clínico na manutenção da saúde bucal dos indivíduos e constitui um problema sério em muitos países, inclusive no Brasil. A ansiedade relacionada ao tratamento odontológico é universal, pode comprometer a relação paciente-profissional e até mesmo a produtividade do trabalho da equipe odontológica⁵⁻⁷, podendo gerar o absenteísmo^{8,9}.

A Escala de Ansiedade Odontológica Modificada do inglês Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) é uma escala de cinco itens, com cinco alternativas cada uma, desenvolvida especificamente para medir a ansiedade odontológica, com escores variando de 5 a 25. Os pacientes são considerados ansiosos quando apresentam escores maiores ou iguais a 16. Escores iguais ou superiores a 19 indicam o quadro de fobia odontológica⁶⁻¹⁰. Estudos que utilizaram esse instrumento fora do Brasil indicam a associação entre a ansiedade odontológica e idade², nível de escolaridade^{11,12}, experiência odontológica desagradável prévia^{11,13} e gênero^{12,14}.

Estudo realizado em um serviço de saúde bucal na Universidade de São Paulo indicou uma proporção importante de pessoas com ansiedade odontológica. As mulheres são mais ansiosas que homens⁶.

Nos últimos anos, no Brasil, houve um grande avanço na oferta de tratamento odontológico pelo Sistema Único de Saúde – SUS. A rede pública conta com o atendimento odontológico no Programa Saúde da Família – PSF, atendimento odontológico nos Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e, ainda atendimento preventivo e curativo convencional em Centros de Saúde¹⁵.

O não comparecimento dos pacientes, que utilizam os serviços do SUS, aos consultórios odontológicos do PSF e CEO pode representar um grande problema de

saúde pública na organização da demanda aos serviços de saúde bucal.

A Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (FO-UFMG) possui um convênio com o Sistema Único de Saúde. Para que esta população possa usufruir de forma equânime dos serviços de saúde bucal, oferecidos pela Faculdade, é necessário conhecer as barreiras que podem interferir no acesso ao tratamento odontológico dessas pessoas. E nesse sentido, procurar compreender como a ansiedade se manifesta e até que ponto a ansiedade inibe a busca do tratamento odontológico é de suma importância para a formação do aluno, para gestão da assistência dentro da FO-UFMG e para as políticas públicas. Acredita-se que esse é um dos caminhos para o enfrentamento do uso desigual dos serviços de saúde bucal pela população. Além disso, a maioria dos estudos realizados no Brasil informa sobre a ansiedade odontológica que os pacientes sentem durante o tratamento odontológico, entretanto não relacionam esses sentimentos com o acesso aos serviços de saúde bucal, ocasionando falta de informações precisas a esse respeito^{16,17}.

O objetivo deste estudo foi avaliar a ansiedade relacionada ao tratamento odontológico, a prevalência de indivíduos com fobia odontológica frente aos tratamentos realizados nas Clínicas Integradas de Atenção Primária da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais – CIAP/FO-UFMG. Avaliou-se, também, a associação entre as variáveis dependentes ansiedade e fobia odontológica com as variáveis independentes idade, sexo, escolaridade, renda e os relatos de evitar tratamento odontológico e de faltar às consultas odontológicas.

METODOLOGIA

Este estudo epidemiológico analítico de corte transversal foi desenvolvido nas Clínicas Integradas de Atenção Primária – CIAP, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Essas clínicas compreendem cinco disciplinas do currículo do curso de graduação em odontologia, presentes em todo ciclo profissional, do quarto ao oitavo semestres, CIAP I, II, III, IV e V. O atendimento nas CIAP é realizado em convênio com o SUS. De acordo com avaliação anterior, o perfil do paciente da FO-UFMG é o seguinte: a maioria é do sexo feminino, adulta, com menos de 8 anos de escolaridade, residente na periferia de Belo Horizonte, sem acesso a tratamento no setor privado e de baixo nível econômico¹⁸.

Foram incluídos todos os pacientes submetidos ao tratamento odontológico nas CIAP da FO-UFMG durante agosto a dezembro de 2007. Foram incluídos

todos os pacientes seqüências encaminhados pelo SUS. Como critério de exclusão, não foram considerados os pacientes atendidos em caráter de urgência, bem como aqueles que não assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi feita na sala de espera, em diversos momentos do dia, no horário de 8 às 18 horas.

Os pacientes que participaram da pesquisa responderam a um formulário de entrevistas estruturado através do qual os entrevistadores faziam as perguntas e esperavam a resposta. Cada pergunta era lida para o indivíduo que deveria buscar a resposta em cada uma das alternativas possíveis.

A avaliação da MDAS permitiu mensurar duas variáveis dependentes: o nível de ansiedade relacionada ao tratamento odontológico e a fobia odontológica^{10,19}. As variáveis independentes avaliadas foram: idade (em anos), sexo, renda familiar (em salários-mínimos) e nível de escolaridade (ensino fundamental, médio e superior) e o comportamento dos indivíduos frente ao tratamento odontológico, tais como a frequência com que evitam o tratamento e com que faltam às consultas⁵.

A análise estatística, realizada no programa SPSS versão 12.0, envolveu o teste de Kolmogorov-Smirnov para avaliação de normalidade para as variáveis idade e MDAS. Testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis foram utilizados para comparação de MDAS com sexo, renda, escolaridade, frequência com que evita o tratamento e frequência com que falta à consulta. O coeficiente de correlação de Spearman foi realizado para comparação de idade com MDAS. Teste de Qui-quadrado e Exato de Fischer foram realizados para comparação da prevalência de fobia odontológica com idade, renda, escolaridade, frequência com que evita o tratamento e frequência com que falta à consulta. O nível de significância estatística utilizado foi $p < 0,05$, exceto quando se utilizou a correção de Bonferroni.

Todos os participantes dessa pesquisa aceitaram participar livremente da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (Parecer ETIC 146-06).

RESULTADOS

Foram entrevistados 315 pacientes, número que compreende toda a população de pacientes atendidos regularmente nas CIAP durante um semestre letivo. Deste total 67,9% eram mulheres e 32,1% eram homens. A mediana da idade foi de 37 anos, sendo entrevistados pacientes de 12 a 79 anos. A maioria dos pacientes

(83,5%) apresentava renda de até três salários mínimos. Quanto à escolaridade da população atendida, 63,8% possuía o ensino fundamental e 33,3% apresentava o ensino médio (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição das características sócio-demográficas.

Características Sócio-Demográficas		Frequência	
		n	%
Sexo	Feminino	214	67,9
	Masculino	101	32,1
Renda	1 a 2	183	58,1
	2 a 3	80	25,4
	3 a 5	36	11,4
	5 a 10	10	3,2
	10 a 20	2	0,6
	>20	0	0,0
	Sem informação	4	1,3
Escolaridade	Ensino fundamental	201	63,8
	Ensino médio	105	33,3
	Ensino superior	6	1,9
	Sem informação	3	1,0

Os valores mínimo e máximo de MDAS foram iguais a 5 e 25. A mediana da MDAS foi de 10. A média foi igual a 11,2 ($\pm 4,7$). Sessenta e três pacientes (20,0%) apresentavam ansiedade odontológica.

As variáveis MDAS (Teste de Kolmogorov-Smirnov; $p < 0,001$) e idade (Teste de Kolmogorov-Smirnov; $p = 0,038$) não apresentaram distribuição normal. Houve uma correlação inversa entre a idade e o MDAS ($r_s = -0,187$; $p = 0,001$).

Tabela 2. Associação entre MDAS e variáveis demográficas e de consulta odontológica.

Variáveis		MDAS/Mediano	Valor p
Sexo	Feminino	12,0	<0,001
	Masculino	7,0	
Renda	1 a 2	10,0	0,068
	2 a 3	10,0	
	3 a 5	9,0	
	5 a 10	14,5	
	10 a 20	13,5	
Escolaridade	Ensino fundamental	10,0	0,160
	Ensino médio	11,0	
	Ensino superior	7,5	
Evita Tratamento*	Nunca	9,0a	<0,001
	Às vezes	15,0b	
	Freqüentemente	17,0b	
Falta às Consultas*	Nunca	10,0a	<0,001
	Às vezes	13,0b	
	Freqüentemente	19,5c	

*As letras diferentes representam diferenças significativas.

Foi verificado que existe associação entre MDAS e o gênero (Teste de Mann-Whitney; $p < 0,001$). Não houve diferenças estatísticas entre MDAS e renda (Teste Kruskal-

Wallis; $p=0,068$) e MDAS e escolaridade (Teste Kruskal-Wallis; $p=0,160$). Foi verificado que existe associação entre MDAS e a frequência com que evita o tratamento odontológico (Teste Kruskal-Wallis; $p<0,001$) e com que falta à consulta odontológica (Teste de Kruskal-Wallis; $p<0,001$) (Tabela 2).

Fobia odontológica ($\text{MDAS} \geq 19$) foi encontrada em 8,6% (27/315) dos pacientes.

A idade não esteve associada com a fobia odontológica (Teste de Kruskal-Wallis; $p=0,433$). As idades medianas dos pacientes com e sem fobia foram iguais a 39,0 e 36,5 anos, respectivamente.

Verificou-se que existe associação entre fobia odontológica e escolaridade (Teste Exato de Fisher; $p=0,024$), pacientes que relatam evitar o tratamento (Teste Exato de Fisher; $p<0,001$) e pacientes que relatam faltar à consulta (Teste Exato de Fisher; $p<0,001$).

Em relação à escolaridade, uma maior proporção de indivíduos com ensino fundamental apresenta fobia em relação àqueles com ensino médio (Teste Qui-quadrado de Pearson; $p=0,011$; nível de significância $p<0,016$, considerando correção de Bonferroni). Uma proporção maior de indivíduos com fobia está presente entre aqueles que evitam tratamento às vezes (Teste Exato de Fisher; $p=0,001$; nível de significância $p<0,016$, considerando correção de Bonferroni) ou freqüentemente (Teste Exato de Fisher, $p<0,001$; nível de significância $p<0,016$, considerando correção de Bonferroni) em relação àqueles que nunca evitaram tratamento. Uma proporção maior de indivíduos com fobia está presente entre aqueles que faltam à consulta freqüentemente (Teste Exato de Fisher, $p=0,001$; nível de significância $p<0,016$, considerando correção de Bonferroni) em relação àqueles que nunca faltam à consulta odontológica (Tabela 3).

Tabela 2. Associação entre MDAS e variáveis demográficas e de consulta odontológica.

Variáveis		Fobia				Valor p
		Sim		Não		
		n	%	n	%	
Sexo	Feminino	21	9,8	193	90,2	<0,252
	Masculino	6	5,9	95	94,1	
Renda	1 a 2	16	8,7	167	91,3	0,055
	2 a 3	6	7,5	74	92,5	
	3 a 5	2	5,6	34	94,4	
	5 a 10	2	20,0	8	80,0	
	10 a 20	0	0,0	2	20,0	
Escolaridade	Ensino fundamental	23	11,4	178	88,6a	0,024
	Ensino médio	3	2,9	102	97,1b	
	Ensino superior	0	0,0	0	100,0a,b	
Evita Tratamento*	Nunca	14	5,1	259	94,9a	<0,001
	Às vezes	7	25,9	20	74,1b	
	Freqüentemente	6	40,0	9	60,0b	
Falta às Consultas*	Nunca	21	7,1	273	92,9a	<0,001
	Às vezes	2	13,3	13	86,7a,b	
	Freqüentemente	4	66,7	2	33,3b	

*As letras diferentes representam diferenças significativas; *As diferenças no total de indivíduos referem-se à perda de dados.

DISCUSSÃO

Os achados do presente estudo devem ser avaliados levando-se em consideração que a população era usuária do SUS em uma instituição de ensino. Desta forma, a generalização dos presentes achados deve ser feita com cautela. Pelo desenho do estudo mensurar variáveis dependentes e independentes simultaneamente não foi possível a avaliação de causalidade. Por outro lado, o estudo utilizou instrumentos de avaliação da ansiedade que garantiram a validade interna dos dados. Além disso, a literatura científica sobre ansiedade entre usuários de serviços de saúde bucal, especialmente no âmbito de

instituições de ensino, é escassa.

Resultados disponíveis na literatura⁶ apontaram para uma proporção maior de ansiedade odontológica do que o presente estudo. O perfil do serviço de saúde bucal, o qual priorizava atendimento de urgências odontológicas, pode explicar essas diferenças. Por outro lado, outros autores¹² identificaram uma proporção semelhante de indivíduos ansiosos.

A proporção de indivíduos fóbicos foi superior àquela encontrada entre indianos¹¹. Os estudos que avaliaram a fobia odontológica através do MDAS não realizaram associações desta condição com outras variáveis. Desta forma, a discussão sobre a fobia será mais limitada do

que sobre a ansiedade.

A associação identificada entre ansiedade odontológica e gênero feminino confirmou outros achados da literatura^{6,12,14}. É importante comentar que a escala MDAS não mensura a reação ao tratamento, mas sim a predisposição de ficar ansioso. Considera-se, assim, que pode haver uma subestimativa da proporção de pessoas com ansiedade durante o tratamento. As pessoas têm dificuldade de admitir seus sentimentos de ansiedade. A associação de maiores valores de MDAS com o gênero feminino pode significar que essas têm mais facilidade de admitir seus sentimentos^{6,10,11}. Por outro lado, a proporção de pessoas com fobia odontológica não diferiu entre mulheres e homens.

A ansiedade não esteve associada com a escolaridade, indo de encontro aos achados da literatura^{11,12}. A fobia, por outro lado, é mais freqüente entre pessoas de ensino fundamental do que entre aquelas com ensino médio.

A correlação inversa identificada entre a idade e a ansiedade, apesar de estatisticamente significativa, pode ser considerada leve²⁰. No mesmo sentido, não há associação entre fobia e idade.

Ansiedade e fobia não apresentaram associação com renda. O perfil dessa população usuária do serviço de saúde bucal no SUS é de renda e escolaridade baixas. Desta forma, é importante retomar comentários²¹ de que quando populações humanas estão expostas de forma bem semelhante a certo fator de risco, é difícil identificar, através de estudos epidemiológicos analíticos, a relação entre as variáveis do estudo.

Indivíduos que nunca faltam à consulta odontológica são aqueles que apresentaram o menor nível de ansiedade quando comparados com aqueles que relataram que faltam “às vezes” ou “freqüentemente”. Nesta mesma direção, a ansiedade é menor entre aqueles que nunca faltam às consultas. O nível de ansiedade aumenta entre os que faltam “às vezes” e é mais elevado entre as pessoas que faltam freqüentemente às consultas. É identificada, especialmente para a variável “falta à consulta”, a presença de um gradiente biológico ou dose-resposta²². Este achado pode sugerir que a falta às consultas odontológicas seja um indicador de ansiedade. A proporção de fóbicos foi, da mesma forma, maior entre pessoas que relataram evitar tratamento ou faltam à consulta freqüentemente. Desta forma, os serviços de saúde bucal, especialmente no âmbito das instituições de ensino, podem utilizar esse achado no planejamento da atenção e no processo de formação do cirurgião-dentista. Portanto, os alunos de odontologia devem perceber que a ansiedade pode dificultar o acesso ao serviço de saúde bucal. Considerando que procedimentos odontológicos podem gerar excitação, ansiedade e fobia nos pacientes⁵,

os serviços de saúde bucal devem favorecer a diminuição desses sentimentos. Para isso, o cirurgião-dentista ou aluno de odontologia apresentam um papel fundamental, especialmente pela imagem do cirurgião-dentista representar, também, uma causa de ansiedade e medo nos pacientes²³. Esses devem desenvolver habilidades de escuta qualificada, alteridade e competência cultural na abordagem do sujeito. É importante, ainda, que o profissional tenha um diálogo com os pacientes a fim de diminuir o stress que o atendimento odontológico pode causar e assim diminuir as possíveis complicações que a elevação da MDAS pode causar.

Caso o serviço de saúde não favoreça a diminuição da ansiedade, poderá ocorrer uma barreira para o acesso aos serviços odontológicos^{5,6,24}, indo de encontro aos princípios do SUS. Além disso, no ambiente de uma instituição de Ensino é importante socializar essas informações para que os professores e alunos reconheçam a ansiedade e a fobia como um motivo para a ausência do paciente ao tratamento odontológico.

CONCLUSÕES

- 1) Identificou-se ansiedade e fobia entre pacientes odontológicos estudados;
- 2) A ansiedade odontológica envolveu vários determinantes;
- 3) Os relatos de falta à consulta e de evitar tratamento tiveram importante associação com ansiedade e fobia odontológicas.

REFERÊNCIAS

1. Gadbury-Amyot CC, Williams KB. Dental Hygiene Fear: gGender and age differences. *J Contemp Dent Pract* 2000; 1(2):42-59.
2. Hagglin C, Berggren U, Hakeberg M, Hallstrom T, Bengtsson C. Variations in dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden: a longitudinal study between 1968 and 1996. *J Dent Res* 1999; 78(10):1655-61.
3. Hakeberg M, Berggren V, Carlsson, SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992; 20(2):97-101.
4. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(2):116-21.
5. Ferreira CM, Gurgel-filho ED, Bonecker-Valverde G, Moura EH, Deus G, Coutinho-Filho, T. Ansiedade odontológica: nível prevalência e comportamento. *RBPS* 2004; 17:51-5.
6. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. *Rev Saúde Pública* 2003; 37(6):786-92.
7. Liddell A, Locker D. Changes in dental anxiety levels of as a function of dental experience. *Behav Modif* 2000; 24(1):57-68.

8. Aartman IHA, Everdingen TV, Hoogstraten J, Schuurs AHB. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *ASDC J Dent Child* 1998; 65(4):252-8.
9. Skaret E, Raadal M, Kvale G, Berg E. Factors related to missed and cancelled dental appointments among adolescents in Norway. *Eur J Oral Sci* 2000; 108(3):175-83.
10. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJE. The modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health* 1995; 12(3):143-50.
11. Acharya S. Factors affecting dental anxiety and beliefs in an Indian population. *J Oral Rehabil* 2008; 35(4):259-67.
12. Tunc EP, Firat D, Onur OD, Sar V. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33(5):357-62.
13. Bergius M, Berggren U, Bogdanov O, Kakeberg M. Dental anxiety among adolescents in St. Petersburg, Russia. *Eur J Oral Sci* 1997; 105(2):117-22.
14. Firat D, Tunc EP, Sar V. Dental anxiety among adults in Turkey. *J Contemp Dent Pract* 2006; 7(3):75-82.
15. Pucca Júnior GA. A política nacional de saúde bucal como demanda social. *Cienc Saude Colet* 2006; 11(1):243-6.
16. Cesar CLG, Narvai PC, Gattás VL, Figueiredo GM. Medo de cirurgião-dentista e demanda aos serviços odontológicos. *RGO* 1999; 47:191-4.
17. Moraes ABA, Ambrosano GMB, Possobon RF, Costa Júnior AL. Fear assessment in Brazilian children: the relevance of dental fear. *Psicol Teor Pesq* 2004; 20(3):289-94.
18. Vargas AMD, Vasconcelos M. A construção da clínica integrada de atenção primária da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais: a experiência da clínica integrada I. *Arq Odontol* 1998; 34:71-81.
19. Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese version of Corah's Dental anxiety scale: transcultural adaptation and reliability analysis. *Depress Anxiety* 2007; 24(7):467-71.
20. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33:159-74.
21. Rose G. The strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford Medical Publications; 1995.
22. Grimes D, Schulz KF. Bias and causal associations in observational research. *Lancet* 2002; 359(9302):248-52.
23. Cruz JS, Cota LO, Paixão HH, Pordeus IA. A imagem do cirurgião-dentista: um estudo de representação social. *Rev Fac Odontol USP* 1997; 11(4):307-13.
24. Rosa AL, Ferreira CM. Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. *Rev Bras Odontol* 1997; 54(3):171-4.

Recebido/Received: 09/09/09
 Revisado/Reviewed: 20/07/10
 Aprovado/Approved: 02/09/10

Correspondência:

Flávio de Freitas Mattos
 Universidade Federal de Minas Gerais
 Departamento de Odontologia Social e Preventiva
 Belo Horizonte/MG CEP: 31270-901
 E-mail: f.f.mattos@uol.com.br