www.revistaft.com.br

Revista FT | ISSN 1678-0817 | v. 30, n. 164, 2026 | DOI: 10.69849/ahgh7103

Análise dos fatores associados à ansiedade pré-atendimento odontológico em pacientes da Faculdade Metropolitana de Rondônia

Analysis of factors associated with pre-dental appointment anxiety in patients at the Faculdade Metropolitana de Rondônia

Diane Kemilly Noé Dambrós[1]
Shyrley Ketlen Ferreira[1]
Trinit Di Lu Soares Germano[2]

RESUMO

Introdução: A ansiedade antes do atendimento odontológico pode envolver medo da dor, receio de instrumentos, experiências negativas anteriores e sensação de falta de controle, tornando relevante compreender as percepções dos pacientes sobre o tratamento. **Objetivo:** Analisar os fatores relacionados à ansiedade pré-atendimento odontológico em pacientes da Clínica Odontológica da Faculdade Metropolitana de Rondônia. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa. Foram analisados 30 questionários contendo informações sociodemográficas e perguntas predominantemente fechadas sobre ansiedade, frequência de atendimento, experiências anteriores e percepções sobre a assistência. Os dados foram organizados em banco eletrônico e analisados por estatística descritiva, com frequências absolutas e relativas apresentadas em tabelas e gráficos. **Resultados:** Na tabulação preliminar, oito respondentes (26,7%) relataram ansiedade antes do atendimento e cinco (16,7%) informaram já ter pensado em cancelar ou adiar o tratamento por esse motivo. No conjunto dos formulários, o medo de agulhas ou anestesia foi assinalado por oito pessoas (26,7%). Entre os oito respondentes que relataram ansiedade, a falta de controle foi o fator mais frequente, mencionado por três (37,5%). Todos consideraram importante receber explicações sobre os procedimentos, e 28 (93,3%) perceberam atenção e compreensão da equipe. **Conclusão:** Os resultados indicam que a ansiedade foi relatada por parte dos respondentes, coexistindo com uma percepção predominantemente positiva da equipe odontológica. A valorização das explicações e os receios identificados reforçam a relevância do acolhimento e da comunicação na experiência dos pacientes, sem estabelecer relações causais entre os fatores investigados.

Palavras-chave: Ansiedade odontológica; Assistência odontológica; Medo.

ABSTRACT

Introduction: Anxiety prior to dental care may stem from a fear of pain, apprehension regarding instruments, previous negative experiences, or a perceived lack of control; therefore, understanding patients' perceptions of their treatment is highly relevant. **Objective:** To analyze factors associated with pre-dental appointment anxiety among patients at the Dental Clinic of the Faculdade Metropolitana de Rondônia. **Methodology:** This is a descriptive, exploratory field study employing a quantitative approach. Data were collected

[1] Discentes do Bacharelado em Odontologia da Faculdade Metropolitana de Rondônia – Porto Velho, RO, Brasil.
[2] Prof.ª, orientadora do trabalho. Faculdade Metropolitana de Rondônia – Porto Velho, RO, Brasil.

via 30 questionnaires containing sociodemographic information and predominantly closed-ended questions concerning anxiety, frequency of dental visits, past experiences, and perceptions of the care received. Data were organized into an electronic database and analyzed using descriptive statistics, with absolute and relative frequencies presented in tables and charts. **Results:** Preliminary tabulation revealed that eight respondents (26.7%) experienced anxiety before their appointment, and five (16.7%) reported having considered canceling or postponing their treatment for this reason. Across all responses, fear of needles or anesthesia was noted by eight individuals (26.7%). Among the eight respondents who reported anxiety, a lack of control was the most frequently cited factor (mentioned by three, or 37.5%). All participants valued receiving explanations about the procedures, and 28 (93.3%) perceived the dental team as attentive and understanding. **Conclusion:** The findings indicate that some respondents experienced anxiety, which coexisted with a predominantly positive perception of the dental team. The importance placed on receiving explanations, combined with the specific fears identified, underscores the significance of a welcoming approach and effective communication in the patient experience—though no causal relationships between the investigated factors were established.

Keywords: Dental anxiety; Dental care; Fear.

1 INTRODUÇÃO

O atendimento odontológico envolve experiências que ultrapassam a realização de procedimentos clínicos. Antes da consulta, o paciente pode apresentar expectativas sobre desconforto, tratamento e acolhimento. Investigar essas percepções permite considerar a dimensão emocional como parte da experiência de cuidado.

A ansiedade odontológica pode ser investigada por diferentes instrumentos. Corah (1969) apresentou a Dental Anxiety Scale, e Hu, Gorenstein e Fuentes (2007) examinaram a confiabilidade de sua versão em português. Neste estudo, essas referências são teóricas: foi utilizado somente um questionário estruturado, sem aplicação de escala padronizada.

Estudos em clínicas-escola apresentam resultados distintos. Figueiredo *et al.* (2020), com 134 pacientes, identificaram ansiedade em 87,3% da amostra. Braga *et al.* (2021), com 187 pacientes, relataram baixa prevalência de medo e ansiedade. As diferenças exigem atenção aos instrumentos e às características das investigações.

O problema da pesquisa é: quais fatores estão relacionados à ansiedade pré-atendimento odontológico em pacientes da Faculdade Metropolitana de Rondônia? O foco recai sobre o autorrelato dos respondentes e as situações assinaladas no instrumento aplicado.

A investigação abordou a relação da ansiedade com experiências negativas, dor, agulhas, instrumentos e comunicação. Os formulários permitem descrever respostas e ocorrências, mas não demonstram causalidade, redução por uma intervenção ou interrupção efetiva do tratamento.

O estudo busca produzir informações sobre o público atendido e contribuir para a formação em Odontologia. A descrição das percepções dos pacientes pode subsidiar reflexões sobre acolhimento, respeitados os limites do questionário, da seleção dos respondentes e da documentação disponível.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar os fatores associados à ansiedade pré-atendimento odontológico em pacientes atendidos na Faculdade Metropolitana de Rondônia.

2.2 Objetivos específicos

Descrever a ocorrência de ansiedade antes do atendimento a partir das respostas ao questionário aplicado.

Identificar fatores de desconforto assinalados pelos respondentes, incluindo dor, agulhas ou anestesia, sons dos aparelhos, falta de controle e experiências anteriores.

Descrever os relatos de já ter pensado em cancelar ou adiar o tratamento por ansiedade e a intensidade autorreferida entre os participantes aos quais essa pergunta se destinava.

Caracterizar as percepções sobre explicações e atenção da equipe, a aceitação de métodos auxiliares e a busca de informações antes da consulta.

Explorar descritivamente a distribuição dos fatores relatados entre os respondentes que assinalaram sentir ansiedade, sem atribuir relação causal aos resultados.

O questionário não registra o tipo de procedimento realizado, não acompanha abandono efetivo e não mede resposta a uma intervenção. A análise concentra-se nas experiências e percepções registradas pelos respondentes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Ansiedade no contexto odontológico

A ansiedade odontológica apresenta características específicas e não deve ser compreendida apenas como expressão de uma tendência geral à ansiedade. Fuentes, Gorenstein e Hu (2009), em estudo com 1.030 participantes, investigaram a relação entre ansiedade odontológica e ansiedade-traço e concluíram que o fenômeno relacionado ao

tratamento dentário possui particularidades próprias. Esse entendimento justifica sua investigação por instrumentos direcionados ao contexto odontológico.

A avaliação desse fenômeno deve considerar as situações apresentadas ao paciente e a medida utilizada. Figueiredo *et al.* (2020) investigaram ansiedade ao tratamento odontológico por meio da DAS e coletaram informações sobre consultas e procedimentos associados ao desconforto. Para o presente trabalho, essa abordagem oferece uma referência para relacionar a mensuração da ansiedade às experiências informadas antes do atendimento, sem atribuir ao procedimento uma relação causal que o levantamento não demonstra.

Beaton, Freeman e Humphris (2014) descrevem o medo odontológico como um fenômeno de origem multifatorial. Experiências diretas de tratamento, relatos de outras pessoas e características individuais podem participar de sua formação. Essa perspectiva amplia a interpretação para além da ideia de que toda pessoa ansiosa necessariamente viveu um episódio traumático no consultório. Também permite considerar que uma mesma situação clínica pode ser percebida de maneiras diferentes por pacientes com histórias e expectativas distintas.

A dimensão populacional do problema foi examinada por Silveira *et al.* (2021a) em revisão sistemática com 31 publicações e 72.577 adultos. A estimativa combinada de medo e ansiedade odontológica foi de 15,3%, enquanto as estimativas para níveis altos e severos foram de 12,4% e 3,3%. Esses indicadores correspondem a classificações analisadas separadamente e não devem ser somados como categorias de uma única distribuição. O estudo oferece contexto epidemiológico, sem representar uma estimativa específica para a FIMCA.

3.2 Dor e situações relacionadas ao desconforto

Dor, medo e ansiedade são dimensões relacionadas, mas podem ser investigadas por medidas distintas. Braga *et al.* (2021) utilizaram instrumentos específicos para avaliar odontalgia, medo e ansiedade em pacientes de uma clínica-escola, evidenciando a possibilidade de examinar essas experiências separadamente. Essa distinção é relevante para o presente estudo, pois evita confundir a dor relatada pelo participante com receio de sentir dor durante um atendimento futuro.

Figueiredo *et al.* (2020) identificaram o motor de alta rotação como a situação de maior incômodo para 40,1% dos participantes. O achado indica a importância de investigar situações específicas do atendimento, além de obter uma medida global de ansiedade. Essa

evidência constitui uma referência externa e não permite antecipar qual fator será predominante entre os pacientes da FIMCA.

Armfield, Slade e Spencer (2008) investigaram a percepção das consultas como situações incontroláveis, imprevisíveis ou perigosas. O estudo incluiu 3.937 participantes e encontrou relações entre essas percepções e medo odontológico elevado. Na análise ajustada, a falta de controle e a percepção de perigo mantiveram associação com o desfecho. A imprevisibilidade, embora relacionada ao medo na análise bivariada, não apresentou associação independente após o controle das demais variáveis.

Esse resultado distingue a exposição a um instrumento da interpretação que o paciente faz da experiência. A percepção de não poder interromper um procedimento ou compreender o que acontecerá pode integrar a vivência de vulnerabilidade descrita por Armfield, Slade e Spencer (2008). No presente questionário, a alternativa sobre falta de controle aproxima-se desse tema, mas não corresponde à aplicação completa do modelo ou de suas medidas. A aproximação é conceitual e não autoriza afirmar que o mecanismo foi demonstrado nos respondentes.

Humphris, Morrison e Lindsay (1995) acrescentaram à escala modificada uma pergunta específica sobre injeções orais. O trabalho identificou participantes com ansiedade extrema diante de injeções que não apresentavam o mesmo nível diante do uso do motor. Esse achado mostra que receios associados ao atendimento não são necessariamente equivalentes entre si. Por isso, registrar dor, anestesia e ruídos em alternativas distintas pode tornar a descrição dos relatos mais informativa, desde que não se atribua validade de escala ao conjunto dessas alternativas.

3.3 Histórico odontológico e utilização dos serviços

O medo odontológico pode estar associado ao padrão de utilização dos serviços. Armfield, Stewart e Spencer (2007) observaram que participantes com maior medo apresentavam consultas menos frequentes e maior procura por atendimento motivada por problemas. Os autores também discutem outras barreiras, como custo e disponibilidade de tempo, razão pela qual a baixa frequência de consultas não deve ser interpretada automaticamente como consequência da ansiedade.

Braga *et al.* (2021) avaliaram medo, ansiedade e odontalgia em 187 pacientes e identificaram associações entre ansiedade e características da amostra. Para a presente pesquisa, o estudo oferece uma referência de investigação conjunta de aspectos pessoais e experiências odontológicas. Essas relações devem ser interpretadas como associações

observadas, sem presumir que uma característica individual determine a ansiedade de todos os pacientes.

Armfield (2013) aprofundou a investigação do ciclo de medo, evitação e necessidade de tratamento em 1.036 australianos dentados. Entre aqueles com medo moderado a alto, 38,5% apresentavam o padrão de evitar consultas por medo, necessitar de tratamento e procurar atendimento por problemas, em comparação com 0,9% entre pessoas sem medo. O estudo indica que o comportamento de procura deve ser examinado junto às condições bucais e às razões informadas para evitar o serviço.

A distinção entre medo e evitação é relevante porque nem todo receio leva à ausência de atendimento. Armfield (2013) observou que evitar o dentista também foi importante para compreender necessidade de tratamento e consultas motivadas por problemas, independentemente do medo. Para este TCC, a implicação é delimitar cada indicador: sentir ansiedade, pensar em adiar e efetivamente deixar de comparecer constituem informações diferentes. O questionário utilizado permite examinar os dois primeiros relatos, mas não documenta o terceiro.

No Brasil, Silveira *et al.* (2021b) analisaram uma amostra de 535 adultos da coorte de nascimentos de Pelotas de 1982. O medo foi avaliado aos 31 anos e relacionado a informações obtidas em diferentes momentos da vida. A prevalência observada foi de 22,1%, com relações entre o desfecho e experiências anteriores de dor, trajetória de cárie, autoavaliação da saúde bucal e utilização dos serviços. O desenho longitudinal acrescenta uma perspectiva temporal ausente em levantamentos realizados em uma única ocasião.

Na interpretação de Silveira *et al.* (2021b), o medo na vida adulta relacionou-se a exposições acumuladas ao longo da trajetória dos participantes. Essa contribuição fundamenta a relevância de investigar experiências anteriores, mas não transforma um relato retrospectivo isolado em comprovação de trajetória clínica. Na pesquisa da FIMCA, não foram realizados exames nem recuperados registros longitudinais. Assim, o histórico pode ser apresentado como percepção do respondente, preservando a diferença entre lembrança informada e condição clínica documentada.

3.4 Comunicação e experiência na clínica escola

A comunicação integra as estratégias de abordagem de pacientes com ansiedade odontológica. Appukuttan (2016), em revisão da literatura, destaca a construção de vínculo e confiança, a escuta das preocupações e a troca de informações entre profissional e paciente.

Esse referencial fundamenta a inclusão da percepção sobre a comunicação na investigação, considerando como o paciente compreende e vivencia as explicações recebidas.

O manejo da ansiedade deve considerar as necessidades individuais e a intensidade do desconforto. Appukuttan (2016) apresenta estratégias comportamentais, psicológicas e farmacológicas e ressalta a importância de uma abordagem ajustada ao paciente. Para o presente levantamento, essa discussão fundamenta a análise das percepções sobre acolhimento e comunicação; a eficácia de uma intervenção específica, entretanto, não será presumida a partir de opiniões coletadas em um único momento.

Armfield e Heaton (2013) defendem que compreender a natureza e os componentes do medo antecede a escolha de uma abordagem de manejo. Sua revisão inclui comunicação, estabelecimento de vínculo e diferentes técnicas cognitivas e comportamentais, com exigências distintas de formação. Para a análise de uma clínica-escola, essa discussão ajuda a compreender por que a experiência de atendimento envolve tanto explicações técnicas quanto a possibilidade de o paciente expressar preocupações e participar do diálogo sobre o cuidado.

Uma investigação experimental foi conduzida por Sivrikaya, Yilmaz e Sivrikaya (2021) com pacientes submetidos à extração de dentes impactados. Os participantes foram distribuídos em quatro grupos conforme o momento da comunicação por rede social, e a ansiedade foi avaliada antes e depois da operação. O estudo encontrou resultados favoráveis à comunicação pré-operatória em medidas utilizadas na pesquisa. Sua contribuição não está em recomendar uma plataforma específica, mas em mostrar a importância de definir a intervenção e o momento em que o desfecho é medido.

3.5 Mensuração e comparabilidade dos estudos

Corah (1969) apresentou a Dental Anxiety Scale, referência histórica na mensuração da ansiedade odontológica. Posteriormente, Hu, Gorenstein e Fuentes (2007) estudaram a adaptação transcultural e a confiabilidade de sua versão em português em 747 universitários brasileiros, encontrando boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste. Esses resultados oferecem fundamento para o uso da versão estudada em pesquisas, respeitadas suas características e condições de aplicação.

Fuentes, Gorenstein e Hu (2009) empregaram a DAS em português em conjunto com um instrumento de ansiedade-traço, destacando a especificidade das medidas. Essa distinção é relevante para interpretar o presente levantamento: uma resposta direta sobre sentir ansiedade e uma classificação espontânea de sua intensidade não equivalem a um escore de escala. A

DAS não foi aplicada nesta pesquisa, permanecendo como referência de comparação metodológica com a literatura.

Humphris, Morrison e Lindsay (1995) apresentaram a MDAS com alternativas de resposta ordenadas de maneira uniforme e uma questão relativa às injeções. O instrumento foi objeto de investigação de confiabilidade e validade, aspectos que ultrapassam a simples reunião de perguntas sobre desconforto. Na comparação entre estudos, é necessário identificar se o desfecho resulta de uma medida desse tipo ou de uma resposta direta. Categorias com nomes semelhantes não asseguram que a mesma intensidade tenha sido medida.

Silveira *et al.* (2021a) observaram que os instrumentos empregados influenciaram as estimativas de prevalência nos estudos incluídos em sua revisão. Também identificaram limitações de qualidade metodológica: 28 das 31 publicações apresentavam alto risco de viés segundo o instrumento de avaliação adotado. Essa observação recomenda cautela ao utilizar um valor combinado como padrão universal. O percentual local deve ser interpretado segundo seleção dos respondentes, formulação das perguntas e regras de classificação, sem converter diferenças entre pesquisas em superioridade ou deficiência de um serviço.

3.6 Estudos semelhantes e contribuição da pesquisa

Os estudos de Figueiredo *et al.* (2020) e Braga *et al.* (2021) apresentam contextos de clínica-escola e medidas de ansiedade, mas utilizaram instrumentos diferentes: o primeiro informou a DAS, e o segundo, a Modified Dental Anxiety Scale. Essa diferença deve integrar a comparação dos resultados. Assim, prevalências distintas não serão atribuídas exclusivamente ao perfil dos pacientes, sem considerar os procedimentos de mensuração e seleção das amostras.

A interpretação de fatores associados exige reconhecer os limites do desenho da pesquisa. Armfield, Stewart e Spencer (2007) explicitaram que seu estudo transversal não permitia estabelecer causalidade nem a sequência temporal das relações investigadas. Essa limitação também orienta o presente trabalho: os resultados locais poderão descrever a amostra e identificar associações, mas não comprovar que um fator isolado causou a ansiedade pré-atendimento.

Kanegane *et al.* (2003) avaliaram 252 pacientes adultos em um serviço de urgência odontológica de São Paulo. Com a MDAS, identificaram ansiedade em aproximadamente 28,2% da amostra; a escala de medo de Gatchel produziu outro indicador, de 14,3% para alto medo. A apresentação de duas medidas no mesmo estudo evidencia que percentuais sobre ansiedade e medo dependem da definição utilizada. A proximidade numérica de uma dessas

estimativas com o resultado local não estabelece equivalência entre os instrumentos ou entre os serviços.

O contexto de urgência também delimita a comparação. Kanegane *et al.* (2003) investigaram queixa principal, tempo desde os sintomas, consultas anteriores e experiências traumáticas. Essas informações não estão integralmente presentes no questionário da FIMCA, que não permite classificar atendimentos por urgência ou tipo de procedimento. O diálogo entre as pesquisas deve, portanto, reconhecer o que cada banco de dados efetivamente registra, preservando a contribuição do levantamento local sem atribuir a ele a abrangência de um protocolo distinto.

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho e local do estudo

O estudo foi desenvolvido no contexto da Clínica Odontológica da Faculdade Metropolitana de Rondônia, em Porto Velho, Rondônia. Caracteriza-se como pesquisa de campo de abordagem quantitativa, com análise descritiva e exploratória dos questionários respondidos. O levantamento corresponde a uma avaliação pontual, sem acompanhamento longitudinal ou intervenção sobre a ansiedade.

4.2 População e amostra

Foram analisados 30 questionários respondidos por pacientes da Clínica Odontológica da Faculdade Metropolitana de Rondônia, em uma seleção por conveniência. A unidade de análise corresponde a cada formulário individual. As páginas de um mesmo questionário foram reunidas antes da transcrição, de modo que a divisão dos arquivos não gerasse duplicação de respondentes.

As frequências utilizam os 30 formulários como denominador, exceto nas análises de subgrupos e de respostas válidas, identificadas expressamente no texto e nas tabelas. Os campos em branco foram mantidos como ausência de resposta, sem exclusão integral de formulários nem substituição por marcações presumidas.

4.3 Critérios de análise dos questionários

A análise abrangeu os questionários referentes ao atendimento na clínica e manteve os registros de adolescentes de 14 e 15 anos presentes no conjunto documental. A documentação analisada não permitiu verificar integralmente os critérios de recrutamento e de elegibilidade.

Essa limitação é considerada na interpretação dos resultados e impede equiparar o conjunto analisado a uma amostra representativa de todos os pacientes da instituição.

As respostas em branco foram preservadas como ausência de marcação e não convertidas em respostas negativas. Respostas contraditórias foram mantidas em suas perguntas de origem. A questão 4 foi analisada segundo a instrução do próprio formulário, que a dirige somente às pessoas que responderam sim à questão 3.

4.4 Procedimentos e instrumentos

Foi utilizado um questionário estruturado com identificação sociodemográfica e dez perguntas. O instrumento aborda frequência de atendimento na clínica; ansiedade antes de procedimentos; pensamento de cancelar ou adiar tratamento; intensidade autorreferida condicionada à resposta anterior; fatores de desconforto; importância das explicações; atenção da equipe; aceitação de métodos auxiliares; influência de experiências negativas e busca de informações. Foram encontradas marcações múltiplas na pergunta sobre fatores de desconforto, analisadas separadamente por alternativa.

Não foi aplicada a Escala de Ansiedade Odontológica de Corah nem produzida uma pontuação padronizada de ansiedade. A ocorrência foi descrita pela resposta sim ou não à questão 2. A intensidade baixo, médio ou elevado da questão 4 constitui uma classificação autorreferida e condicionada à questão 3. Não foram apresentadas evidências de validação psicométrica do questionário utilizado. O instrumento também não informa escolaridade nem tipo de procedimento realizado, impedindo análises dessas variáveis.

4.5 Organização e análise dos dados

Os formulários foram examinados, identificados por códigos P01 a P30 e organizados em uma base de transcrição. As respostas foram conferidas com os registros, e a análise utilizou frequências absolutas e relativas, com denominadores identificados em cada tabela. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos.

Na questão 5, cada alternativa marcada foi contada uma vez por formulário. O denominador principal é 30; também se apresenta a distribuição no subgrupo de oito respostas positivas à questão 2. As marcações em outros que negam receio foram mantidas separadas na interpretação. Na questão 9, uma resposta permaneceu em branco, sendo apresentada explicitamente. Nenhum campo sem resposta foi imputado.

A questão 4 apresentou cinco respostas compatíveis com sua condição de preenchimento, todas na categoria médio, e cinco preenchimentos fora dessa condição. Estes

últimos foram preservados na base, mas não integraram a distribuição de intensidade do subgrupo correspondente. A análise das ocorrências foi descritiva, sem testes de hipótese ou estimativas de efeitos causais.

4.6 Confidencialidade e aspectos éticos

A proteção dos participantes foi considerada na apresentação dos dados por meio de codificação dos registros e divulgação de resultados agregados. Os nomes, contatos e assinaturas constantes dos documentos originais não integram o banco analítico apresentado. A documentação consultada contém um termo de consentimento assinado, mas não inclui o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa nem permite verificar os registros de consentimento de todos os respondentes.

A ausência de documentação ética completa constitui uma limitação da análise documental, especialmente diante da presença de dois registros de menores de idade. Não se atribui aos documentos examinados comprovação de aprovação ética ou de consentimento e assentimento de todo o grupo. Essa limitação documental é distinta das medidas de confidencialidade adotadas na organização e apresentação das respostas.

A transcrição analítica utiliza apenas códigos, sem nomes, contatos ou assinaturas. As tabelas e os gráficos apresentam dados agregados. As imagens originais dos questionários e os documentos assinados não foram reproduzidos no TCC.

5 RESULTADOS

Os resultados descrevem os 30 questionários analisados. Os percentuais foram calculados sobre os formulários ou sobre os subgrupos indicados, sem identificação nominal e sem pontuação por escala padronizada. O alcance dos achados está limitado ao conjunto estudado e às características do instrumento utilizado.

5.1 Caracterização dos formulários

Dezenove respondentes assinalaram sexo feminino (63,3%) e onze, masculino (36,7%). A média etária não foi calculada devido à leitura inconclusiva de uma idade manuscrita. Dois registros informam 14 e 15 anos. A maior frequência de procura pelo serviço foi poucas vezes, assinalada em 19 formulários (63,3%).

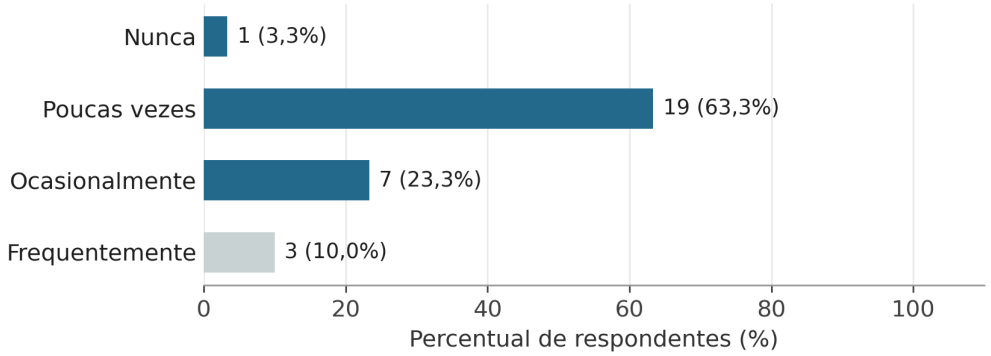
Tabela 1 – Frequência de procura pelo atendimento na clínica

Resposta à questão 1	n	% dos 30 formulários
Nunca	1	3,3%
Poucas vezes	19	63,3%
Ocasionalmente	7	23,3%
Frequentemente	3	10,0%

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

Nota: um respondente assinalou poucas vezes e acrescentou uma anotação sobre primeira visita. A análise preservou a alternativa marcada, sem recodificação da observação livre.

Gráfico 1 – Frequência de procura pelo atendimento odontológico



Fonte: dados da pesquisa, 2026. Base: 30 formulários.

O Gráfico 1 mostra que a procura pela clínica foi predominantemente pouco frequente: 19 respondentes (63,3%) assinalaram poucas vezes, sete (23,3%) ocasionalmente e três (10,0%) frequentemente. Um registro (3,3%) indicou nunca. A concentração nas duas categorias intermediárias caracteriza o padrão informado no questionário, mas não estabelece a frequência real em consultas por mês ou por ano, pois o instrumento não define esses intervalos.

Essa distribuição, isoladamente, não permite atribuir a menor procura à ansiedade. Também é necessário considerar a anotação de primeira visita em um formulário que assinalou poucas vezes. A marcação foi mantida na representação, sem corrigir retrospectivamente o relato.

A maior participação de mulheres no conjunto analisado não significa, por si só, maior ocorrência de ansiedade nesse grupo. A composição da amostra e a proporção de respostas positivas dentro de cada categoria são medidas diferentes. A primeira descreve quem respondeu; a segunda exige dividir o número de respostas positivas pelo total de pessoas de

cada grupo. Essa distinção evita interpretar a presença de 19 mulheres entre os respondentes como um resultado sobre predisposição à ansiedade.

As categorias de frequência também exigem leitura conforme a formulação utilizada. Nunca não informa se a pessoa deixou de procurar todo atendimento odontológico ou se estava em sua primeira experiência na clínica da faculdade. Do mesmo modo, poucas vezes não define um número de consultas. Assim, os resultados caracterizam a percepção sobre a procura por esse serviço e não um histórico completo de utilização da rede de saúde bucal. Não foram calculados intervalos médios entre consultas.

5.2 Ansiedade e pensamento de adiamento

Oito respondentes (26,7%) assinalaram sentir ansiedade antes do atendimento, enquanto 22 (73,3%) assinalaram não. Cinco (16,7%) informaram já ter pensado em cancelar ou adiar o tratamento por ansiedade. A questão 3 registra um pensamento anterior, não a comprovação de cancelamento ou abandono.

Tabela 2 – Ansiedade autorreferida e pensamento de adiamento

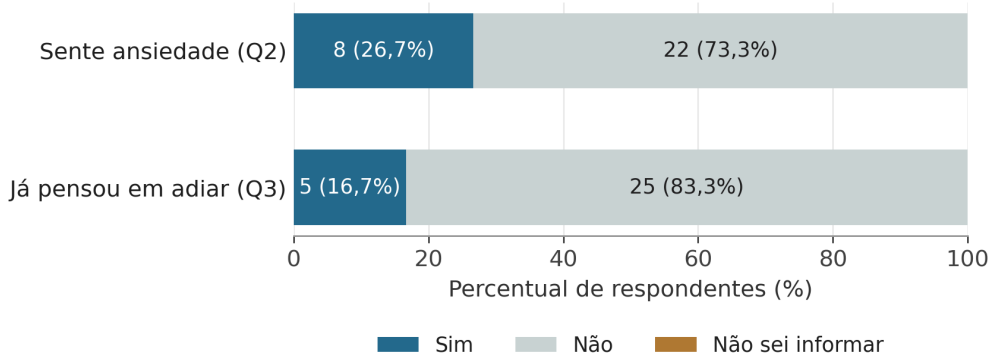
Pergunta e resposta	n	% dos 30 formulários
Q2 Sente ansiedade antes do atendimento: sim	8	26,7%
Q2 Sente ansiedade antes do atendimento: não	22	73,3%
Q3 Já pensou em cancelar ou adiar: sim	5	16,7%
Q3 Já pensou em cancelar ou adiar: não	25	83,3%

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

Entre os oito que responderam sim à questão 2, dois também responderam sim à questão 3 (25,0% desse subgrupo). Três pessoas responderam não à questão 2 e sim à questão 3. As respostas foram mantidas, pois a pergunta sobre o que o participante costuma sentir não tem o mesmo recorte temporal da pergunta sobre já ter pensado em adiar.

A questão 4 destina-se, por sua instrução, apenas aos cinco respondentes que marcaram sim à questão 3. Os cinco assinalaram intensidade média. Isso corresponde a 100,0% desse subgrupo de cinco pessoas, não da amostra total nem de todos os oito que relataram ansiedade. Outros cinco formulários preencheram essa questão após responder não à anterior; essas marcações não foram usadas na distribuição condicional. Não houve cálculo de escore DAS.

Gráfico 2 – Ansiedade antes do atendimento e pensamento de adiamento



Fonte: dados da pesquisa, 2026. Base: 30 formulários.

Nota: Cada barra corresponde a uma pergunta; respostas sim e não somam 100% dentro de cada barra.

O Gráfico 2 diferencia ansiedade antes do atendimento, assinalada por oito pessoas (26,7%), de já ter pensado em adiar ou cancelar tratamento, informado por cinco (16,7%). As barras representam duas perguntas respondidas pelas mesmas 30 pessoas e não dois grupos independentes. Portanto, os valores não devem ser somados para estimar uma quantidade total de pacientes afetados.

A diferença entre as proporções indica que o relato de ansiedade não corresponde automaticamente ao pensamento de adiamento. Apenas dois dos oito respondentes que assinalaram ansiedade também marcaram sim à pergunta sobre adiamento. Além disso, o instrumento registra pensamento, e não cancelamento efetivamente ocorrido ou abandono do tratamento.

A intensidade média observada nos cinco formulários que seguiram a condição da questão 4 não representa o grau predominante de ansiedade dos 30 respondentes. Dos oito que assinalaram ansiedade na questão 2, somente dois também responderam sim à questão 3. Consequentemente, a pergunta condicional não produz uma medida de intensidade para todo o grupo que declarou ansiedade. A ausência de resposta nessa questão não foi interpretada como ansiedade baixa ou inexistente.

Os três casos com resposta negativa à ansiedade habitual e positiva ao pensamento de adiamento merecem interpretação cautelosa. O questionário pergunta o que a pessoa costuma sentir e, depois, se já pensou em adiar; uma experiência anterior pode não corresponder ao relato habitual atual. Também não se pode excluir um efeito de interpretação das perguntas. Os formulários não fornecem informações adicionais suficientes para distinguir essas possibilidades, razão pela qual cada marcação foi preservada em sua pergunta de origem.

5.3 Fatores assinalados

No conjunto dos formulários, agulhas ou anestesia receberam oito marcações (26,7%). Sons dos aparelhos e falta de controle receberam seis marcações cada (20,0%). A análise abaixo preserva respostas múltiplas e não interpreta os campos em branco como ausência de medo.

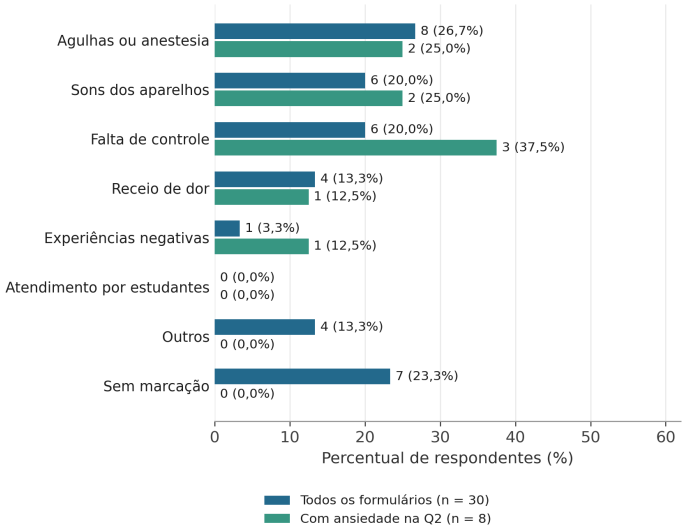
Tabela 3 – Fatores assinalados no total e entre respostas positivas à ansiedade

Alternativa da questão 5	Total n	% de 30	Q2 sim n	% de 8
Receio de sentir dor	4	13,3%	1	12,5%
Agulhas ou anestesia	8	26,7%	2	25,0%
Som dos aparelhos	6	20,0%	2	25,0%
Falta de controle da situação	6	20,0%	3	37,5%
Experiências negativas anteriores	1	3,3%	1	12,5%
Atendimento por estudantes	0	0,0%	0	0,0%
Outros	4	13,3%	0	0,0%

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

Entre os oito respondentes que assinalaram ansiedade, falta de controle foi a alternativa mais frequente, com três marcações (37,5%); agulhas ou anestesia e sons dos aparelhos tiveram duas cada (25,0%). A diferença em relação à distribuição do conjunto dos 30 reforça a necessidade de explicitar o denominador. Esses números representam fatores relatados e não demonstram associação estatística.

Gráfico 3 – Fatores relatados no total e entre respondentes com ansiedade



Fonte: dados da pesquisa, 2026. Bases: 30 formulários e subgrupo de oito respostas positivas à Q2.

O Gráfico 3 evidencia que o fator mais assinalado depende do conjunto analisado. Entre os 30 formulários, agulhas ou anestesia receberam oito marcações (26,7%). No subgrupo de oito pessoas que assinalaram ansiedade, a falta de controle foi mais frequente, com três marcações (37,5%). Agulhas ou anestesia e sons dos aparelhos receberam duas marcações cada nesse subgrupo (25,0%).

As barras não demonstram que a falta de controle causou ansiedade, nem apresentam uma associação estatística testada. O subgrupo está contido no total e tem um denominador menor: cada pessoa equivale a 12,5 pontos percentuais nele, enquanto corresponde a aproximadamente 3,3 pontos no total. Sete formulários ficaram sem marcação nessa pergunta. A categoria outros reúne quatro respostas, duas delas negando receio ou ansiedade, e não deve ser interpretada integralmente como presença de fatores desencadeantes.

A distinção entre os fatores marcados por todos e pelos oito que relataram ansiedade é central para interpretar o Gráfico 3. Se a análise utilizasse somente os 30 formulários, agulhas ou anestesia seriam a alternativa mais frequente. Quando o foco recai no subgrupo com resposta positiva à ansiedade, a falta de controle ocupa a primeira posição. Essa mudança não decorre de alteração das respostas, mas da pergunta analítica e do denominador utilizado.

Nenhum respondente marcou o atendimento por estudantes como fator de ansiedade. O dado descreve a ausência dessa marcação no conjunto analisado, mas não comprova confiança irrestrita na equipe nem exclui a possibilidade de esse receio existir entre outros usuários. O instrumento não avaliou competência percebida, experiência prévia com

estudantes ou razões para não assinalar a alternativa. Portanto, a interpretação permanece restrita ao que foi efetivamente respondido.

Os sete campos sem marcação na questão 5 correspondem a 23,3% dos formulários e foram apresentados separadamente na análise. Interpretá-los como nenhum receio reduziria artificialmente a incerteza dos registros. Em outros, apareceram respostas que negam ansiedade e comentários sobre situações de desconforto. Por isso, essa categoria não foi somada automaticamente aos fatores positivos para produzir uma prevalência geral. Uma medida desse tipo exigiria regras previamente definidas e correspondência clara entre as respostas.

5.4 Comunicação e aceitação de métodos auxiliares

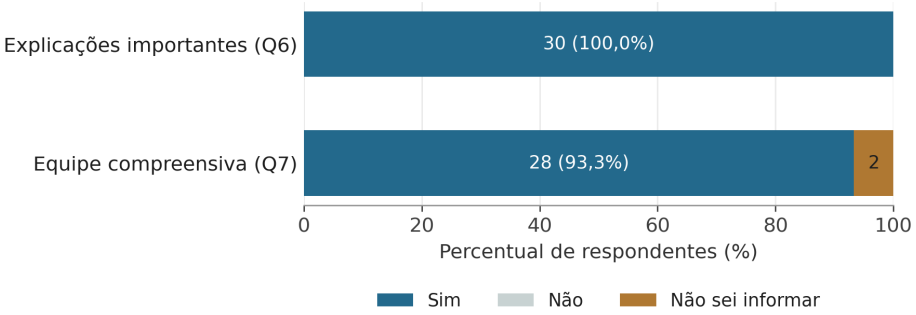
Todos os 30 respondentes consideraram importante receber explicações sobre as etapas do procedimento. Quanto à atenção e compreensão da equipe, 28 assinalaram sim (93,3%) e dois não souberam informar (6,7%). Não houve marcação de não nessa pergunta.

Tabela 4 – Comunicação e métodos auxiliares

Pergunta e resposta	n	% dos 30 formulários
Q6 Considera explicações importantes: sim	30	100,0%
Q6 Considera explicações importantes: não	0	0,0%
Q7 Percebe atenção e compreensão: sim	28	93,3%
Q7 Percebe atenção e compreensão: não	0	0,0%
Q7 Não sabe informar	2	6,7%
Q8 Aceitaria métodos auxiliares: sim	22	73,3%
Q8 Aceitaria métodos auxiliares: não	4	13,3%
Q8 Aceitaria métodos auxiliares: talvez	4	13,3%

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

Gráfico 4 – Importância das explicações e percepção de compreensão da equipe

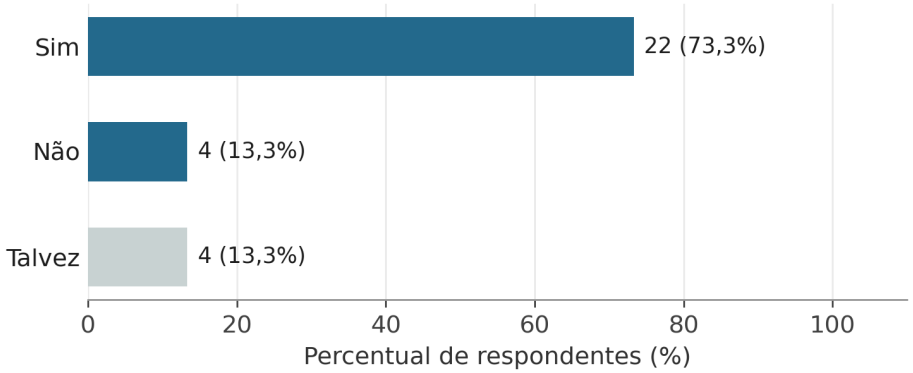


Fonte: dados da pesquisa, 2026. Base: 30 formulários.

O Gráfico 4 mostra que todos os respondentes consideraram importantes as explicações sobre o procedimento. A percepção de atenção e compreensão da equipe também foi predominante, com 28 respostas positivas (93,3%); duas pessoas (6,7%) não souberam informar. Não houve resposta negativa à questão sobre compreensão da equipe.

Esses resultados descrevem valorização da informação e percepção favorável do atendimento, sem demonstrar redução da ansiedade pela comunicação. Como todos responderam sim à importância das explicações, não existe, nessa pergunta, um grupo de comparação que não valorize esse recurso. Também não houve medição antes e depois de uma intervenção.

Gráfico 5 – Aceitação declarada de métodos auxiliares para redução da ansiedade



Fonte: dados da pesquisa, 2026. Base: 30 formulários.

O Gráfico 5 apresenta 22 respostas favoráveis à utilização de métodos auxiliares (73,3%), quatro negativas (13,3%) e quatro indecisas (13,3%). A predominância do sim indica receptividade à proposta tal como foi formulada no questionário, e não a realização desses procedimentos na clínica.

A pergunta reúne música relaxante, aromaterapia e sedação leve. Por isso, não é possível concluir que 73,3% aceitariam cada método isoladamente ou identificar qual foi

preferido. O resultado também não avalia eficácia, indicação clínica ou segurança dessas intervenções; trata-se apenas de aceitação declarada.

A questão 6 informa que receber explicações é importante para todos os respondentes, mas não descreve a quantidade de informação desejada, o momento preferido ou a compreensão do conteúdo. Não é possível concluir que uma explicação extensa seria igualmente adequada para todas as pessoas. O achado indica uma prioridade comunicacional declarada, enquanto o modo de atendê-la dependeria de avaliação que não foi realizada pelo questionário.

As duas respostas não sei informar na questão 7 não foram reunidas à categoria não. Elas expressam ausência de uma avaliação definida sobre a compreensão da equipe, e não necessariamente uma experiência negativa. Como 28 pessoas assinalaram sim e nenhuma marcou não, a análise registra uma percepção predominantemente favorável. Ainda assim, não identifica qual integrante da equipe foi avaliado nem estabelece uma relação temporal entre essa percepção e a ansiedade informada.

Na questão 8, as oito respostas diferentes de sim se distribuem igualmente entre não e talvez. Reunir essas categorias como rejeição seria inadequado, pois talvez conserva uma posição de indecisão. A pergunta também não diferencia o motivo da preferência: interesse em música não corresponde necessariamente à aceitação de sedação, por exemplo. Os 73,3% de respostas positivas devem, portanto, ser descritos como aceitação da proposta conjunta apresentada no instrumento, sem detalhamento por método.

5.5 Experiências anteriores e busca de informações

Dezesseis respondentes assinalaram que experiências negativas anteriores influenciam sua ansiedade atual (53,3% dos 30; 55,2% das 29 respostas válidas). Treze assinalaram não e um deixou a pergunta sem marcação. A busca de informações antes da consulta foi indicada como sempre por 14 respondentes (46,7%), algumas vezes por 12 (40,0%) e nunca por quatro (13,3%).

Tabela 5 – Experiências anteriores e busca de informações

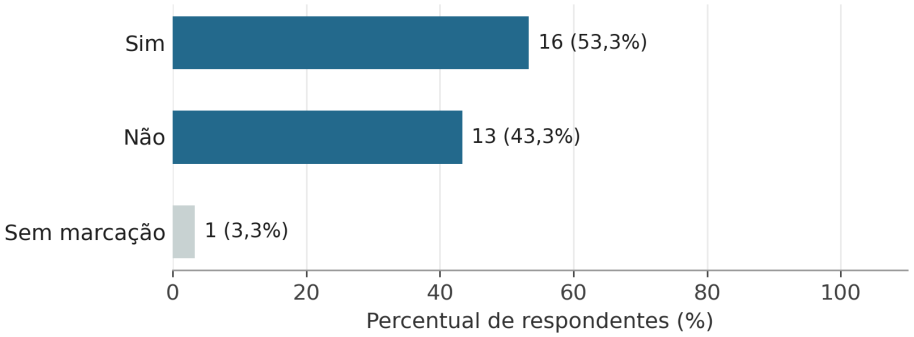
Pergunta e resposta	n	% dos 30 formulários
Q9 Experiências anteriores influenciam: sim	16	53,3%
Q9 Experiências anteriores influenciam: não	13	43,3%
Q9 Sem marcação	1	3,3%

Q10 Busca informações: sempre	14	46,7%
Q10 Busca informações: algumas vezes	12	40,0%
Q10 Busca informações: nunca	4	13,3%

Fonte: dados da pesquisa, 2026.

Seis dos oito respondentes que relataram ansiedade na questão 2 também marcaram sim à questão 9. Entre os 22 que marcaram não à questão 2, dez marcaram sim à questão 9. Essa divergência deve ser considerada na interpretação: as perguntas não formam um instrumento validado, e a percepção sobre experiências anteriores não corresponde automaticamente ao relato de ansiedade habitual.

Gráfico 6 – Influência atribuída às experiências odontológicas negativas

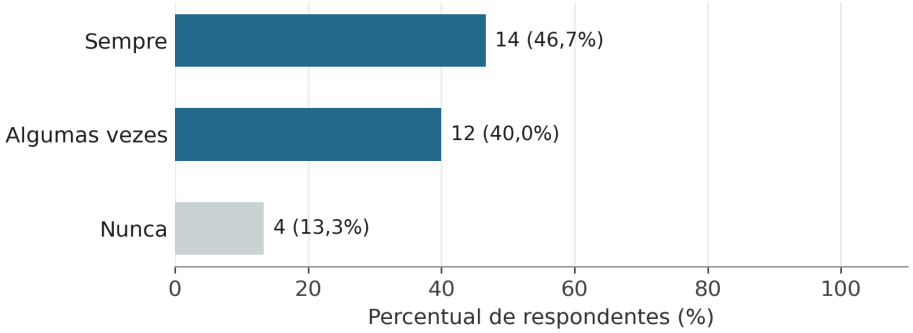


Fonte: dados da pesquisa, 2026. Base: 30 formulários.

O Gráfico 6 mostra que 16 respondentes atribuíram influência de experiências negativas à ansiedade atual (53,3% dos formulários), 13 assinalaram não (43,3%) e um deixou a pergunta sem marcação (3,3%). Considerando apenas as 29 respostas válidas, a proporção de sim é de 55,2%. O gráfico utiliza os 30 formulários para tornar visível a resposta ausente.

A proporção de respostas positivas à influência de experiências anteriores é superior à de ansiedade habitual da questão 2. Essa diferença deve ser preservada na análise, pois as perguntas têm formulações distintas e não formam uma escala validada. Seis das oito pessoas que relataram ansiedade também assinalaram influência de experiências anteriores; essa ocorrência não comprova uma relação causal.

Gráfico 7 – Busca de informações antes da consulta



Fonte: dados da pesquisa, 2026. Base: 30 formulários.

O Gráfico 7 indica que 14 respondentes buscam informações sempre (46,7%), 12 algumas vezes (40,0%) e quatro nunca (13,3%). Assim, 26 pessoas (86,7%) relataram algum grau de busca prévia, reunindo as categorias sempre e algumas vezes. O resultado mostra que a procura por informação é frequente no material analisado.

O questionário não identifica as fontes consultadas, a qualidade do conteúdo ou se a informação aumentou ou reduziu a ansiedade. Portanto, não é possível afirmar que a busca prévia produziu maior tranquilidade. A análise permanece restrita ao comportamento de busca relatado pelos respondentes.

A questão 9 teve 29 respostas marcadas. A apresentação de 53,3% de sim no conjunto dos 30 formulários inclui o campo sem resposta no denominador; a apresentação de 55,2% considera somente as respostas válidas. Ambos os cálculos descrevem a mesma contagem de 16 marcações, sob bases diferentes. A explicitação dessa diferença é necessária para que a leitura do gráfico e da tabela não sugira inconsistência ou alteração do número de participantes.

A influência atribuída a experiências negativas foi relatada por seis das oito pessoas que assinalaram ansiedade na questão 2, ou 75,0% desse subgrupo. Entre as 22 que responderam não à ansiedade, dez também assinalaram essa influência; onze marcaram não e uma deixou o campo vazio. Essa distribuição mostra que a percepção sobre o passado não coincide integralmente com o relato de ansiedade habitual. Não houve reclassificação das respostas da questão 2 a partir da questão 9.

A soma das categorias sempre e algumas vezes na questão 10 corresponde a 26 pessoas. Esse agrupamento pode ser usado para descrever alguma busca de informação, mas não deve apagar a diferença entre busca regular e ocasional. Como não há registro de fontes, conteúdos consultados ou efeitos percebidos, os resultados não permitem distinguir

informação obtida com profissionais, familiares ou pela internet, nem avaliar sua relação com tranquilidade ou preocupação antes da consulta.

5.6 Síntese dos resultados e alcance das interpretações

O conjunto dos resultados descreve uma maioria que não assinalou ansiedade habitual, ao lado de uma parcela que relatou desconforto e fatores específicos. A presença de marcações sobre agulhas, sons ou experiências anteriores entre pessoas que responderam não à ansiedade demonstra que receios pontuais e relato habitual não são intercambiáveis. A análise preserva essas dimensões separadas, em vez de produzir um indicador único sem regra de validação.

As explicações foram valorizadas por todos os respondentes e a percepção de compreensão da equipe foi predominantemente positiva. Esses achados não eliminam a ansiedade registrada em oito formulários: uma pessoa pode avaliar favoravelmente o atendimento e continuar receosa. O estudo também não permite identificar se a percepção da equipe precedeu ou resultou de uma consulta específica, o que limita a interpretação de mecanismos de redução do desconforto.

A análise dos 30 formulários apresenta caráter descritivo e não corresponde a uma estimativa de prevalência para todos os pacientes da instituição. A amostragem por conveniência, a ausência de escala padronizada, as respostas em branco, as inconsistências de preenchimento e as limitações documentais restringem a interpretação dos resultados. Ainda assim, o conjunto permite identificar os receios assinalados e as percepções sobre o atendimento no grupo estudado.

6 DISCUSSÃO

A proporção de respostas positivas à ansiedade foi de 26,7% neste conjunto documental. A comparação com os 87,3% descritos por Figueiredo *et al.* (2020) não deve ser feita como equivalência direta: aquele estudo utilizou a DAS, enquanto este levantamento empregou uma pergunta direta de autorrelato. A diferença de instrumentos, seleção e contexto impede atribuir a divergência exclusivamente ao perfil dos pacientes.

Braga *et al.* (2021) encontraram baixa prevalência de medo e ansiedade em uma clínica-escola, mas também utilizaram instrumentos específicos. A diversidade dos achados reforça que a ansiedade não deve ser presumida apenas pelo local de atendimento. Na FIMCA, os resultados apresentados indicam uma experiência relatada por parte dos

respondentes; não representam um diagnóstico clínico ou uma prevalência obtida por escala padronizada.

A ausência da DAS nesta pesquisa é uma limitação de comparabilidade, pois não existem escores que possam ser classificados segundo seus critérios. Hu, Gorenstein e Fuentes (2007) examinaram propriedades psicométricas da versão em português dessa escala, evidências que não podem ser transferidas ao questionário de dez perguntas utilizado aqui. A classificação média observada na questão 4 deve permanecer restrita às cinco pessoas às quais a pergunta se destinava.

A descrição dos fatores varia conforme o grupo analisado. Agulhas ou anestesia receberam mais marcações no total, mas falta de controle predominou entre os oito que assinalaram ansiedade. Figueiredo *et al.* (2020) destacaram o incômodo com o motor de alta rotação em sua amostra. Esse diálogo sugere a utilidade de examinar situações específicas, sem concluir que o fator mais citado por todos os respondentes seja necessariamente o mais relacionado à ansiedade no subgrupo que a relata.

O pensamento de adiar ou cancelar foi registrado por cinco pessoas, mas apenas duas delas assinalaram sentir ansiedade habitualmente. Armfield, Stewart e Spencer (2007) analisaram relações entre medo e padrões de utilização dos serviços, ressaltando os limites da inferência causal em estudos transversais. No presente levantamento, a pergunta sobre já ter pensado em adiar não comprova comportamento efetivo e não deve ser usada para afirmar abandono ou menor adesão observada.

A valorização das explicações foi unânime e a maioria percebeu atenção da equipe. Appukuttan (2016) discute comunicação, confiança e escuta como componentes do manejo de pacientes ansiosos. Os achados locais são compatíveis com a importância atribuída à comunicação pelos respondentes, mas a unanimidade na questão 6 não permite comparar grupos com e sem essa preferência. Também não demonstra que explicações tenham reduzido a ansiedade, pois não houve medição antes e depois de uma intervenção.

A aceitação declarada de métodos auxiliares por 22 pessoas deve ser interpretada segundo a formulação da pergunta. Música, aromaterapia e sedação leve foram apresentadas conjuntamente, impossibilitando atribuir a aceitação a cada recurso. Embora Appukuttan (2016) discuta diferentes estratégias de manejo, este estudo não investigou sua eficácia, indicação clínica ou aplicação e não autoriza recomendar um método específico com base nas respostas.

As diferenças entre as respostas às questões 2, 3 e 9, os sete campos sem resposta na questão 5 e os cinco preenchimentos fora do fluxo da questão 4 constituem limitações do

instrumento e dos registros. Não foram utilizadas regras para corrigir essas respostas retrospectivamente. A padronização de instrumentos discutida por Hu, Gorenstein e Fuentes (2007) evidencia a importância de explicitar como cada medida foi obtida antes de comparar resultados de pesquisas diferentes.

Por fim, a seleção por conveniência, a ausência de comprovação documental completa dos critérios de participação e a inclusão de registros de adolescentes limitam a generalização. Não foram efetuados testes de associação. Os achados descrevem respostas e ocorrências, sem confirmar relações causais entre experiências anteriores, características dos respondentes e ansiedade.

7 CONCLUSÃO

A análise dos 30 formulários identificou oito respostas positivas para ansiedade antes do atendimento e cinco relatos de já ter pensado em cancelar ou adiar o tratamento por esse motivo. No conjunto dos respondentes, agulhas ou anestesia foram a alternativa de desconforto mais marcada; entre os oito que relataram ansiedade, a falta de controle recebeu mais marcações. Todos valorizaram explicações sobre os procedimentos, e a maioria percebeu atenção e compreensão da equipe.

O estudo apresenta uma descrição dos fatores assinalados e das percepções dos respondentes. Não permite afirmar que esses fatores causaram ansiedade, demonstrar redução decorrente da comunicação ou comprovar abandono do tratamento. Não foi aplicada a Escala de Corah, de modo que a intensidade autorreferida não corresponde a um escore padronizado.

A interpretação dos achados é limitada pela amostragem por conveniência, pelos campos em branco, pelos preenchimentos fora da condição estabelecida e pela ausência de escala padronizada. As limitações documentais relativas aos critérios de participação e ao protocolo ético também restringem o alcance das conclusões. Dentro desses limites, os dados oferecem uma base descritiva para discutir a experiência dos pacientes e orientar novas investigações na clínica-escola.

REFERÊNCIAS

APPUKUTTAN, Deva Priya. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, v. 8, p. 35-50, 2016. DOI: https://doi.org/10.2147/CCIDE.S63626.

ARMFIELD, Jason M. What goes around comes around: revisiting the hypothesized vicious cycle of dental fear and avoidance. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 41, n. 3, p. 279-287, 2013. DOI: https://doi.org/10.1111/cdoe.12005.

ARMFIELD, Jason M.; HEATON, Lisa J. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. **Australian Dental Journal**, v. 58, n. 4, p. 390-407, 2013. DOI: https://doi.org/10.1111/adj.12118.

ARMFIELD, Jason M.; SLADE, Gary D.; SPENCER, A. John. Cognitive vulnerability and dental fear. **BMC Oral Health**, v. 8, art. 2, 2008. DOI: https://doi.org/10.1186/1472-6831-8-2.

ARMFIELD, Jason M.; STEWART, Judy F.; SPENCER, A. John. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. **BMC Oral Health**, v. 7, art. 1, 2007. DOI: https://doi.org/10.1186/1472-6831-7-1.

BEATON, Laura; FREEMAN, Ruth; HUMPHRIS, Gerry. Why are people afraid of the dentist? Observations and explanations. **Medical Principles and Practice**, v. 23, n. 4, p. 295-301, 2014. DOI: https://doi.org/10.1159/000357223.

BRAGA, Maria Luísa de Assis *et al.* Medo, ansiedade e odontalgia em pacientes atendidos em uma clínica-escola de Odontologia. **Archives of Health Investigation**, v. 10, n. 8, p. 1205-1211, 2021. DOI: https://doi.org/10.21270/archi.v10i8.5077.

CORAH, Norman L. Development of a dental anxiety scale. **Journal of Dental Research**, v. 48, n. 4, p. 596, 1969. DOI: https://doi.org/10.1177/00220345690480041801.

FIGUEIREDO, Camila Helena Machado da Costa *et al.* Nível de ansiedade dos pacientes submetidos ao atendimento odontológico. **Archives of Health Investigation**, v. 9, n. 4, p. 346-349, 2020. DOI: https://doi.org/10.21270/archi.v9i4.4724.

FUENTES, Daniel; GORENSTEIN, Clarice; HU, Li Wen. Dental anxiety and trait anxiety: an investigation of their relationship. **British Dental Journal**, v. 206, art. E17, 2009. DOI: https://doi.org/10.1038/sj.bdj.2009.253.

HU, Li Wen; GORENSTEIN, Clarice; FUENTES, Daniel. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. **Depression and Anxiety**, v. 24, n. 7, p. 467-471, 2007. DOI: https://doi.org/10.1002/da.20258.

HUMPHRIS, G. M.; MORRISON, T.; LINDSAY, S. J. E. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. **Community Dental Health**, v. 12, n. 3, p. 143-150, 1995. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7584581/. Acesso em: 30 out. 2026.

KANEGANE, Kazue *et al.* Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 786-792, 2003. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000600015.

SILVEIRA, Ethieli Rodrigues *et al.* Estimated prevalence of dental fear in adults: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Dentistry**, v. 108, art. 103632, 2021a. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jdent.2021.103632.

SILVEIRA, Ethieli R. *et al.* The vicious cycle of dental fear at age 31 in a birth cohort in Southern Brazil. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 49, n. 4, p. 354-361, 2021b. DOI: https://doi.org/10.1111/cdoe.12609.

SIVRIKAYA, Efe Can; YILMAZ, Onur; SIVRIKAYA, Pinar. Dentist–patient communication on dental anxiety using the social media: a randomized controlled trial. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 62, n. 6, p. 780-786, 2021. DOI: https://doi.org/10.1111/sjop.12769.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO

FACULDADE METROPOLITANA DE RONDÔNIA
BACHARELADO EM ODONTOLOGIA

QUESTIONÁRIO SOBRE ANSIEDADE ANTES DE PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS EM PACIENTES ATENDIDOS NA FACULDADE METROPOLITANA DE RONDÔNIA

Nome:_____

Idade: _____Sexo:( ) Feminino ( ) Masculino

Estado Civil:_____ Renda Familiar:_____

1. Com que frequência você procura atendimento odontológico na clínica da faculdade?

a) Nunca

b) Poucas vezes

c) Ocasionalmente

d) Frequentemente

2. Antes de realizar procedimentos odontológicos na clínica da faculdade, você costuma sentir ansiedade?

a) Sim

b) Não

3. Você já pensou em cancelar ou adiar algum tratamento odontológico por sentir ansiedade?

a) Sim

b) Não

4. Caso tenha respondido "sim" na questão anterior, como você classificaria o grau da sua ansiedade?

a) Baixo

b) Médio

c) Elevado

5. Quais fatores mais influenciam sua ansiedade durante o atendimento odontológico realizado na clínica da faculdade?

a) Receio de sentir dor

b) Medo de agulhas ou da anestesia

c) Incômodo com o som dos aparelhos odontológicos

d) Sensação de não ter controle da situação

e) Experiências negativas anteriores em tratamentos odontológicos

f) Saber que o atendimento será realizado por estudantes de odontologia

g) Outros: _____

6. Você considera importante receber explicações sobre todas as etapas do procedimento antes do início do atendimento?

a) Sim

b) Não

7. Na sua opinião, a equipe odontológica da clínica demonstra atenção e compreensão em relação à ansiedade dos pacientes?

a) Sim

b) Não

c) Não sei informar

8. Você aceitaria realizar tratamentos odontológicos utilizando métodos auxiliares para redução da ansiedade, como música relaxante, aromaterapia ou sedação leve?

a) Sim

b) Não

c) Talvez

9. Você acredita que experiências negativas vividas em atendimentos odontológicos anteriores influenciam sua ansiedade atualmente?

a) Sim

b) Não

10. Antes da consulta, você costuma buscar informações sobre o procedimento odontológico que será realizado?

a) Sempre

b) Algumas vezes

c) Nunca