

Escala de Ansiedade Odontológica: Reprodutibilidade das Respostas Dadas em Entrevistas Telefônicas e Pessoais

Dental Anxiety Scale: Reproducibility of Answers Given in Phone and Personal Interviews

Cristina Dupim PRESOTO¹, Sabrina Spinelli CIOFFI¹, Tiago Mendonça DIAS², Leonor de Castro Monteiro LOFFREDO³,
Juliana Alvares Duarte Bonini CAMPOS³

¹Aluna do curso de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas, área de Dentística Restauradora, da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP.

²Aluno do curso de Graduação em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP.

³Professor(a) da Disciplina de Bioestatística e Metodologia Científica do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia de Araraquara - UNESP.

RESUMO

Objetivo: Estimar a reprodutibilidade intra-examinador da Escala de Ansiedade Odontológica (DAS) quando aplicada por meio de entrevistas telefônicas e pessoais e estudar a associação entre o grau de ansiedade e variáveis de interesse.

Método: Participaram do estudo 50 indivíduos, sendo 38 do sexo feminino com média de idade de 23,9±8,9 anos, moradores do município de Araraquara – SP. Os voluntários responderam a Escala DAS por meio de entrevista telefônica, duas vezes, com intervalo de uma semana entre as mesmas. Após 30 dias, os mesmos participantes responderam a Escala DAS por meio de entrevista pessoal em dois momentos distintos com intervalo de uma semana. Para estudo da reprodutibilidade intra-examinador utilizou-se a estatística Kappa (κ) por ponto e por intervalo de confiança.

Resultados: A concordância no grau de ansiedade intra-examinador foi de 0,82 (0,75-0,90) para entrevista por meio telefônico e de 0,69 (0,60-0,79) para entrevista realizada pessoalmente. Entre as questões componentes da escala DAS, duas apresentaram diferença estatística significativa na reprodutibilidade intra-examinador sendo que as respostas dadas mediante ligações telefônicas apresentaram melhor concordância. A prevalência de ansiedade na amostra foi de 92,0% sendo que a maioria (70,0%) apresentou nível baixo, 18,0% ansiedade moderada e 4,0% exacerbada.

Conclusão: A classificação dos indivíduos segundo o grau de ansiedade realizada mediante entrevistas por meio de ligações telefônicas e pessoais apresentaram concordância estatisticamente semelhante, entretanto, observou-se melhor concordância quando da aplicação de entrevista por telefone para as questões referentes à ansiedade na sala de espera do dentista e no momento de preparo do “motor” para ser utilizado no tratamento odontológico.

ABSTRACT

Objective: To estimate the intra-examiner reproducibility of the Dental Anxiety Scale (DAS) when applied by phone and personal interviews and to evaluate the association between the level of anxiety and the factors of interest.

Method: The participants were 50 individuals (n=38 females) with mean age of 23.9±8.9 years, living in the city of Araraquara, SP, Brazil. The volunteers answered the DAS by means of two phone interviews with one-week interval between them. After 30 days, the DAS was applied to the same participants by means of personal interviews at two moments with one-week interval between them. Intra-examiner reproducibility was determined using Kappa (κ) statistics by point and by confidence interval.

Results: The intra-examiner agreement for the level of anxiety was 0.82 (0.75-0.90) for the phone interview and 0.69 (0.60-0.79) for the personal interview. Two of the DAS questions presented statistically significant difference in the intra-examiner reproducibility, with better agreement for the answers given by the participants during phone calls. The prevalence of dental anxiety in the sample was 92.0%, in such a way that 70.0%, 18.0% and 4.0% of them presented low, moderate and exacerbated anxiety.

Conclusion: The classification of the individuals according to the anxiety level performed by means of phone and personal interviews presented statistically similar agreement. However, there was better agreement with phone calls for the questions referring to anxiety in the dental office's waiting room and during preparation of the “motor” for use in the dental treatment.

DESCRITORES

Ansiedade; Odontologia Comunitária; Entrevista.

KEY-WORDS

Anxiety; Community Dentistry; Interview.

INTRODUÇÃO

A ansiedade implica na ocorrência de aversão, associada a algum grau de incerteza frente a uma situação particular¹. Na Odontologia, são freqüentes os relatos de ansiedade frente ao tratamento odontológico, entretanto, sua prevalência é variável entre as populações²⁻⁸. A ansiedade pode se manifestar por meio de sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação ou por sinais ou sintomas físicos⁹.

Para avaliação da ansiedade frente ao tratamento odontológico, habitualmente, são utilizados questionários para o levantamento das informações. Entretanto, para assegurar que as respostas dadas representem adequadamente a realidade, alguns cuidados devem ser tomados. Entre esses cuidados pode-se citar a avaliação do modo de aplicação/preenchimento de questionários, já que esse pode gerar viesamentos que podem ter importantes implicações na confiabilidade dos resultados das pesquisas e, portanto, devem ser investigados¹⁰.

A confiabilidade pode ser definida como a precisão de uma escala ou sua capacidade em ser replicável e sua verificação é fundamental para coleta de dados de qualidade. O levantamento de informações sobre ansiedade não é uma tarefa fácil, uma vez que, trata-se de uma característica subjetiva e que depende do relato do entrevistado. A literatura tem recomendado que em estudos que buscam avaliar comportamentos, as entrevistas telefônicas devem ser preferidas às pessoais, pois, na primeira técnica de entrevista os respondentes não interagem diretamente com os entrevistadores favorecendo respostas verdadeiras^{11,12}.

A investigação do método mais adequado para levantamento de informações confiáveis deve, portanto, ser realizada antes da execução de estudos epidemiológicos. Deste modo, realizou-se este estudo com o objetivo de estimar a reprodutibilidade intra-examinador da Escala de Ansiedade Odontológica (DAS) quando aplicada por meio de entrevistas telefônicas e pessoais e estudar a associação entre o grau de ansiedade e variáveis de interesse.

METODOLOGIA

Participaram do estudo 50 indivíduos, de ambos os sexos, maiores de 18 anos de idade, moradores do município de Araraquara – SP que concordaram com os termos do Consentimento Livre e Esclarecido. O delineamento amostral adotado foi não probabilístico, por conveniência.

O instrumento de medida adotado foi um formulário com questões pré-codificadas, incluindo itens de identificação, como sexo, idade, nível econômico, grau de escolaridade, experiências odontológicas passadas desagradáveis e questões específicas

identificando o grau de ansiedade dos pacientes ao tratamento odontológico utilizando a Escala DAS (Dental Anxiety Scale)¹³ adaptada transculturalmente para o português do Brasil¹⁴ (Figura 1).

Q1. Se você tiver que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria?
a. Eu estaria esperando uma experiência razoavelmente agradável.
b. Eu não me importaria
c. Eu me sentiria ligeiramente desconfortável
d. Eu acho que eu me sentiria desconfortável e teria dor
e. Eu estaria com muito medo do que o dentista me faria
Q2. Quando você está esperando na sala de espera do dentista, como você se sente?
a. relaxado
b. meio desconfortável
c. tenso
d. ansioso
e. tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal
Q3. Quando você está na cadeira odontológica esperando o dentista preparar o motor para trabalhar nos seus dentes, como você se sentiria?
a. relaxado
b. meio desconfortável
c. tenso
d. ansioso
e. tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal
Q4. Você está na cadeira odontológica. Enquanto você aguarda o dentista pegar os instrumentos para raspar os seus dentes (perto da gengiva), como você se sente?
a. relaxado
b. meio desconfortável
c. tenso
d. ansioso
e. tão ansioso que começo a suar ou começo a me sentir mal

Figura 1. Versão em português da Escala de Ansiedade Odontológica (DAS) adaptada transculturalmente¹⁴.

Para avaliação do grau de ansiedade foram utilizados os resultados da escala quantificando-se as respostas das quatro questões, conforme proposta original¹³. Assim, os indivíduos foram classificados conforme exposto no Quadro 1.

Pontuação	Grau de ansiedade
até 4	Nulo
5 10	Baixo
10 15	Moderado
15 20	Exacerbada

O nível econômico e de escolaridade foram avaliados segundo a proposta apresentada pela ABIPEME¹⁵ que avalia os bens de consumo e escolaridade e classifica os indivíduos segundo classes sócio-econômicas. Cabe esclarecer que para a realização das análises os indivíduos foram agrupados tanto por classes sócio-econômicas quanto por nível de escolaridade.

As entrevistas foram realizadas por examinador único. Os voluntários responderam a Escala

DAS por meio de entrevista telefônica, duas vezes, com intervalo de uma semana entre as mesmas. Após 30 dias, os mesmos participantes responderam a Escala DAS por meio de entrevista pessoal em dois momentos distintos com intervalo de uma semana.

Quanto aos aspectos éticos, este trabalho faz parte de um estudo mais amplo intitulado “Epidemiologia da ansiedade ao tratamento odontológico no município de Araraquara (SP)” aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araraquara – UNESP (Protocolo: 17/07). A análise dos dados foi realizada mediante estatística descritiva. A associação entre o grau de ansiedade e as variáveis de interesse foram estudadas pelo teste de qui-quadrado com correção de Yates e para tanto, os indivíduos foram agrupados segundo o grau de ansiedade em “baixo” quando este foi classificado em nulo ou baixo e “alto” quando classificado em moderado ou exacerbado pela Escala DAS.

A reprodutibilidade intra-examinador foi estimada pela estatística Kappa (κ_p) com ponderação linear por ponto e por intervalo de confiança de 95% e sua concordância foi classificada¹⁶. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

A concordância intra-examinador das respostas dadas às questões da Escala DAS e do grau de ansiedade dos participantes encontra-se na Tabela 1.

As questões referentes à ansiedade na sala de espera do dentista e espera durante a preparação do “motor” apresentaram diferença estatística significativa na reprodutibilidade intra-examinador, sendo que se

obteve melhor concordância quando da realização de entrevistas telefônicas.

Frente a este fato, estimou-se a prevalência de ansiedade e realizou-se o estudo de associação utilizando-se os dados obtidos no primeiro momento de entrevista telefônica. A prevalência de ansiedade foi de 92,0% sendo que a maioria (70,0%) apresentou nível baixo, 18,0% ansiedade moderada e 4,0% exacerbada.

A apuração das variáveis de interesse segundo o grau de ansiedade dos indivíduos considerando apenas o primeiro momento de entrevista telefônica encontra-se na Tabela 2.

A maioria dos participantes era do gênero feminino, relataram ter como nível de escolaridade “colegial completo ou superior incompleto” e pertencia à classe sócio-econômica A. Chama atenção o fato de 68% dos participantes terem relatado conhecer alguém próximo que já viveu alguma experiência odontológica passada desagradável.

Nota-se associação não-significativa do grau de ansiedade com as variáveis sócio-demográficas estudadas.

As respostas dadas às questões da Escala DAS pelos participantes quando da entrevista telefônica estão expostas na Tabela 3. Deve-se ressaltar que uma pessoa não respondeu à questão 3 (Q3).

Em relação às questões componentes da Escala DAS, é importante destacar que 10% das pessoas sentem-se ligeiramente desconfortáveis com a possibilidade de ir ao dentista no dia seguinte. Esse sentimento também ocorre com 45% das pessoas quando estão na cadeira odontológica esperando o dentista preparar o motor para trabalhar em seus dentes e com 48% daqueles que aguardam o profissional pegar os instrumentos para raspar seus dentes próximo à gengiva.

Tabela 1. Estatística Kappa com ponderação linear (κ_p) aplicada às questões da Escala de Ansiedade Odontológica (DAS) e à classificação do grau de ansiedade dos sujeitos avaliados quando da realização de entrevistas telefônicas e pessoais. Araraquara, 2008.

Questão	Telefone			Pessoal			p
	κ_p	IC _{95%}	Classificação	κ_p	IC _{95%}	classificação	
Q1	0,67	0,56-0,79	Boa	0,59	0,49-0,70	Regular	0,52
Q2	0,78	0,70-0,85	Boa	0,59	0,49-0,69	Regular	0,04*
Q3	0,88	0,83-0,92	Ótima	0,74	0,66-0,82	Boa	0,04*
Q4	0,84	0,78-0,89	Ótima	0,77	0,70-0,83	Boa	0,33
Grau de Ansiedade	0,82	0,75-0,90	Ótima	0,69	0,60-0,79	Boa	0,13

* diferença estatística significante $\alpha=0,05$

Tabela 2. Apuração das variáveis de interesse segundo o grau de ansiedade. Araraquara, 2008

Variável	Grau de ansiedade			p
	Baixo	Alto	Total	
Gênero				
Feminino	29	9	38	0,91
Masculino	10	2	12	
Escolaridade				
Colegial completo ou superior incompleto	35	10	45	0,65
Superior completo	4	1	5	
Experiências odontológicas desagradáveis:				
A. do entrevistado				
Não	24	8	32	0,74
Sim	15	3	18	
B. de alguém conhecido				
Não	11	5	16	0,47
Sim	28	6	34	
Nível econômico				
A	21	7	28	0,67
B	16	3	19	
C	2	1	3	

Tabela 3. Distribuição dos participantes segundo as respostas dadas à Escala de Ansiedade Odontológica (DAS). Araraquara, 2008.

	Resposta – Frequência (n;%)				
	a	B	C	d	E
Q1	6(12)	38(76)	5(10)	1(2)	-
Q2	28(56)	13(26)	3(6)	5(10)	1(2)
Q3	14(29)	22(45)	5(10)	6(12)	2(4)
Q4	12(24)	24(48)	9(18)	3(6)	2(4)

DISCUSSÃO

A ansiedade ao tratamento odontológico é um problema que afeta grande parte da população, fazendo com que muitas pessoas deixem de ir à consulta ou passem mal diante de tal situação, o que pode prejudicar a saúde do paciente.

A Escala de Ansiedade Odontológica (DAS)¹³ tem sido amplamente utilizada na literatura para o rastreamento de ansiedade e suas propriedades psicométricas têm sido apontadas como adequadas. Para estudos em países de língua portuguesa, sugere-se a utilização da Escala DAS adaptada transculturalmente¹⁴.

Outro aspecto a ser considerado em estudos epidemiológicos é a forma de aplicação dos instrumentos de medida que podem interferir na confiabilidade das informações obtidas. Assim, esse estudo foi realizado com o intuito de contribuir, como estudo preliminar, para a escolha do melhor método de levantamento de informações sobre a ansiedade ao tratamento odontológico.

Cabe relatar que o questionário foi bem aceito pelos participantes da pesquisa e que o instrumento escolhido (Escala DAS) possui características adequadas para ser respondido tanto pelo telefone quanto pessoalmente.

A reprodutibilidade intra-examinador das questões referentes à ansiedade na sala de espera do dentista (Q2) e ansiedade frente ao preparo do “motor” para utilização no tratamento odontológico (Q3) apresentaram diferença estatística significativa (Tabela 1) com melhor concordância quando da realização de entrevistas telefônicas, o que pode ser explicado pelo fato das pessoas sentirem maior segurança em dar respostas a entrevistas quando não estão em contato com o entrevistador¹⁷. Entretanto, cabe destacar que apesar da aparente superioridade das entrevistas telefônicas verifica-se diferença estatística não-significativa na reprodutibilidade do grau de ansiedade nos diferentes métodos de entrevista.

Na literatura, poucas são as pesquisas que abordam a reprodutibilidade da Escala DAS^{14,18-20}, entre esses, nenhum trabalho verificou a concordância de aspectos da ansiedade frente ao tratamento odontológico a partir de diferentes técnicas de entrevistas o que torna difícil a comparação dos achados desse estudo com outros da mesma natureza.

Quando a escala DAS Modificada foi auto-

preenchida por 155 pacientes da Faculdade de Odontologia da Universidade de Goteborg (Suécia)²⁰ a reprodutibilidade encontrada para as questões foram 0,54; 0,65; 0,68 e 0,78 respectivamente e do escore total foi 0,74, o que corrobora com os achados deste estudo. A concordância no grau de ansiedade intra-examinador obtida nas entrevistas pessoais nesse trabalho é semelhante à verificada em amostra de indivíduos dinamarqueses¹⁹ que foi de $\kappa=0,71$.

No estudo que propôs a adaptação transcultural para o português¹⁴, a classificação do grau de ansiedade apresentou reprodutibilidade de 0,87; este dado é semelhante ao obtido neste estudo quando da realização de entrevistas telefônicas.

Quanto à prevalência de ansiedade, estudo realizado na Faculdade de Odontologia de Araraquara - SP² observou que 95,0% dos pacientes avaliados apresentaram ansiedade ao tratamento odontológico sendo esse valor semelhante ao encontrado neste estudo. Entretanto, a maioria (53,3%) dos pacientes apresentou nível de ansiedade moderado enquanto na amostra desse estudo a maior parte dos entrevistados apresentou nível de ansiedade baixo (70,0%). Esta diferença pode ser explicada pela diferença das características das amostras utilizadas nos diferentes estudos.

Apesar deste estudo ter observado associação não-significativa da ansiedade com experiências odontológicas passadas desagradáveis (Tabela 2), a literatura tem ressaltado a importância desta variável. O medo pode estar relacionado a tratamentos odontológicos prévios dolorosos e também a experiências negativas vividas por outras pessoas²¹.

Dos 252 pacientes adultos atendidos e entrevistados no serviço de emergência de uma Faculdade de Odontologia da cidade de São Paulo²², 55 tiveram uma experiência anterior traumatizante. Além disso, a presença de história prévia de trauma foi identificada em 46,5% dos pacientes com ansiedade (Escala de Ansiedade Odontológica Modificada - MDAS) com diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo sem ansiedade.

Em estudo conduzido na Suécia²³ também foi verificado que muitos pacientes descreveram algum tipo de história traumática ocorrida na infância, o que pode ter dado início ao medo do tratamento. Em um estudo realizado com crianças, observou-se que o grupo de menor idade apresentou valor médio maior de controle percebido que o grupo de maior idade, o que revela que as crianças mais novas têm mais controle e menos medo

e sugere que crianças mais velhas podem ter passado por experiências odontológicas prévias muito desagradáveis¹.

Quando se trata da prevalência de ansiedade ao tratamento odontológico em relação ao gênero, a maioria dos trabalhos encontrados relatam que as mulheres são mais ansiosas que os homens^{1,7,8,14,22,24-28}, fato este que não ocorreu neste estudo.

As mulheres tendem a lembrar da dor com mais vivacidade depois da consulta já ter terminado, o que pode ajudar a explicar o aumento da ansiedade no decorrer do tratamento²⁸. Além disso, o maior nível de ansiedade apresentado pelas mulheres pode ser atribuído às visitas não freqüentes ao dentista, longo tempo de espera no consultório odontológico, experiências odontológicas prévias desagradáveis, dor durante o tratamento e tipo de tratamento recebido. Entretanto, uma pesquisa realizada na Jordânia²⁷ observou que apesar das mulheres serem mais ansiosas, estas freqüentam mais regularmente o dentista que os homens.

Tratando-se do nível de escolaridade, um estudo realizado em Washington²¹ encontrou que estudantes de ensino superior apresentaram mais medo de dentista que aqueles do colegial e primeiro grau. O mesmo não ocorreu em trabalho realizado na Turquia²⁶, na cidade de São Paulo²² e em Fortaleza, Ceará³ em que o nível de escolaridade não esteve associado à ansiedade, corroborando com os dados da Tabela 2.

Em amostra de 592 indivíduos brasileiros com idade variando de 12 a 85 anos⁷ foi encontrada diferença não-significativa na distribuição de indivíduos normais e ansiosos com relação às diversas categorias de renda familiar e nível de escolaridade do mesmo modo que os dados do presente trabalho.

Frente ao exposto, acredita-se que esse estudo possa auxiliar pesquisadores da área de Odontologia na escolha do melhor método de entrevista para identificação da ansiedade ao tratamento odontológico. Além disso, recomenda-se a realização de futuros estudos visando o aprimoramento da prática de entrevistas por telefone, bem como sua utilização em diferentes grupos populacionais e avaliação de suas características psicométricas. Esse método de entrevista pode contribuir para o levantamento de informações confiáveis sobre a ansiedade odontológica, ofertando ao cirurgião-dentista dados de melhor qualidade.

CONCLUSÃO

A classificação dos indivíduos segundo o grau de ansiedade realizada mediante entrevistas por meio de ligações telefônicas e pessoais apresentaram concordância estatisticamente semelhante, entretanto, observou-se melhor concordância quando da aplicação de entrevista por telefone para as questões referentes à ansiedade na sala de espera do dentista e no momento de preparo do “motor” para ser utilizado no tratamento odontológico.

Agradecimentos

Fapesp - Processo nº 2007/04501-3

REFERÊNCIAS

1. Singh KA, Moraes ABA, Ambrosano GMB. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesq Odont Bras* 2000; 14 (2):131-6
2. Chaves AM, Loffredo LCM, Valsecki-Júnior A, Chavez OM, Campos JADB. Estudo epidemiológico da ansiedade dos pacientes ao tratamento odontológico. *Rev Odontol UNESP* 2006; 35(4):263-8.
3. Ferreira CM, Filho EDG, Valverde GB, Moura EH, Deus G, Filho TC. Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento. *RBPS* 2004; 17(1):51-5.
4. Locker D. Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(2):144-51.
5. McGrath C, Bedi R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dent Oral Epidemiol* 2004; 32(1):67-72.
6. Ramos-Jorge ML, Cardoso M, Marques LS, Bosco VL, Rocha MJC. Associação entre experiência odontológica na infância e ansiedade odontológica na adolescência. *Arq odontol* 2004; 40(4):291-301.
7. Rosa AL, Ferreira CM. Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. *Rev Bras Odontol* 1997; 54(3):171-4.
8. Udoye CI, Oginni AO, Oginni FO. Dental anxiety among patients undergoing various dental treatments in a Nigerian teaching hospital. *J Contemp Dent Pract* 2005; 6(2):91.
9. Pereira LHMC, Ramos DLP, Crosato E. Ansiedade e dor em odontologia – Enfoque psicofisiopatológico. *Rev Assoc Paul Cir Dent* 1995; 49(4):285-90.
10. Bowling, A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J Public Health* 2005; 27(3):281-91.
11. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Zorilla B. Reproducibilidad de un cuestionario telefónico sobre factores de riesgo asociados al comportamiento y las prácticas preventivas. *Gac Sanit* 2004; 18(2):118-28.
12. Rea LM, Parker RA. Metodologia de pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2000.
13. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res*. 1969; 48(4): 596.
14. 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.
15. ABIPEME – Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado – Proposição para um novo critério de classificação socioeconômica, 1978. Mimeo. São Paulo, 1978. 15p.
16. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977; 33(1):159-74.
17. Rubiatti AMM. Alcoolismo – estudo Epidemiológico no município de Araraquara – SP. [tese doutorado]. Araraquara: Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP; 2008.
18. Haugejorden O, Klock KS. Avoidance of dental visits: the predictive validity of three dental anxiety scales. *Acta Odontol Scand* 2000; 58(6):255-9.
19. Moore R, Berggren U, Carlsson SG. Reliability and clinical usefulness of psychometric measures in a self-referred population of odontophobics. *Community Dent Oral Epidemiol* 1991; 19(6):347-51.
20. 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.

21. Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 1973; 86(4):842-8.

22. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Dental anxiety in an emergency dental service. *Rev Saude Publica* 2003; 37(6):786-92.

23. Abrahamsson KH, Berggren U, Hallberg L, Carlsson SG. Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scand J Caring Sci* 2002; 16(2):188-96.

24. Garip H, Abali O, Göker K, Göktürk Ü, Garip Y. Anxiety and extraction of third molars in Turkish patients. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2004; 42(6):551-4.

25. 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.

26. Muglali M, Komerik N. Factors related to patients' anxiety before and after oral surgery. *J Oral Maxillofac Surg* 2008; 66(5):870-7.

27. Quteish Taani DS. Dental anxiety and regularity of dental attendance in younger adults. *J Oral Rehabil* 2002; 29(6):604-8.

28. Settineri S, Tati F, Fanara G. Gender differences in dental anxiety: is the chair position important? *J Contemp Dent Pract* 2005; 6(1):115-22.

Recebido/Received: 01.12.09

Revisado/Reviewed: 08.07.10

Aprovado/Approved: 01.02.11

Correspondência:

Juliana Alvares Duarte Bonini Campos
Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Odontologia de Araraquara,
Departamento de Odontologia Social.
Rua Humaitá, 1680, Bairro Centro,
CEP 14801-903, Araraquara, SP, Brasil.
Telefone: (16) 33016358
E-mail: jucampos@foar.unesp.br