



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA VIDA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**PREVALÊNCIA E FATORES SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS À
ANSIEDADE ODONTOLÓGICA EM PACIENTES DE UMA CLÍNICA-
ESCOLA UNIVERSITÁRIA**

**GUSTAVO ROCHA VITA
GUILHERME RIBEIRO DE QUEIROZ**

GOIÂNIA, JUNHO DE 2026



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
ESCOLA DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA VIDA
CURSO DE ODONTOLOGIA**

**PREVALÊNCIA E FATORES SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS À
ANSIEDADE ODONTOLÓGICA EM PACIENTES DE UMA CLÍNICA-
ESCOLA UNIVERSITÁRIA**

**GUSTAVO ROCHA VITA
GUILHERME RIBEIRO DE QUEIROZ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à banca examinadora do
Curso de Odontologia da Pontifícia
Universidade Católica de Goiás como
requisito parcial para avaliação na
disciplina MFB1159 — Trabalho de
Conclusão de Curso III.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Maranhão
Pereira

GOIÂNIA, JUNHO DE 2026

RESUMO

Introdução: A ansiedade odontológica é fenômeno psicológico prevalente que pode constituir barreira ao acesso e à adesão ao tratamento, especialmente em contextos de atendimento universitário. **Objetivo:** Investigar a prevalência de ansiedade odontológica e os fatores socioeconômicos a ela associados em pacientes de 18 a 60 anos atendidos na clínica-escola de odontologia da PUC Goiás, por meio de instrumento adaptado a partir da Dental Anxiety Scale (DAS) com sete itens. **Material e Métodos:** Estudo observacional, transversal e quantitativo. Amostra composta por 271 participantes. O desfecho primário foi a ansiedade odontológica (escore DAS ≥ 15). Utilizou-se regressão logística multivariada ajustada para sexo, renda, escolaridade e frequência de visitas ao dentista. **Resultados:** A prevalência de ansiedade leve ou superior (escore ≥ 15) foi de 50,2%. O escore médio foi $14,34 \pm 5,51$ (mediana=15,0). A escolaridade foi o único fator significativamente associado à ansiedade no modelo ajustado (OR=0,79; IC95%: 0,65–0,95; $p=0,011$), com gradiente dose-resposta: média de 16,21 (EF completo) a 12,41 (ES completo). Sexo, renda e frequência de visitas não atingiram significância. Pseudo R^2 McFadden=0,029; EPV=33,5. Análise de sensibilidade confirmou robustez do achado da escolaridade (p entre 0,003 e 0,034 em todos os cenários). **Conclusão:** Metade dos pacientes da clínica-escola apresentou ansiedade leve ou superior. A escolaridade foi o principal fator associado, com efeito protetor progressivo. Estratégias de acolhimento direcionadas a pacientes de menor escolaridade podem contribuir para reduzir barreiras ao tratamento odontológico em contextos universitários.

Palavras-chave: *ansiedade ao tratamento dentário; odontofobia; Dental Anxiety Scale; clínica-escola; regressão logística.*

ABSTRACT

Introduction: Dental anxiety is a prevalent psychological condition that may hinder access to and adherence with dental treatment, particularly in university teaching clinic settings. **Objective:** To investigate the prevalence of dental anxiety and associated socioeconomic factors among patients aged 18 to 60 years attending the dental teaching clinic of PUC Goiás, using a seven-item instrument adapted from the Dental Anxiety Scale (DAS). **Material and Methods:** Observational, cross-sectional, quantitative study. **Sample:** 271 participants. **Primary outcome:** dental anxiety (DAS score ≥ 15). **Multivariate logistic regression** adjusted for sex, income, education level, and dental visit frequency. **Results:** Prevalence of mild or higher anxiety (score ≥ 15) was 50.2%. Mean score: 14.34 ± 5.51 (median=15.0). Education level was the only factor significantly associated with anxiety in the adjusted model (OR=0.79; 95%CI: 0.65–0.95; $p=0.011$), with a dose-response gradient: mean score from 16.21 (primary education) to 12.41 (higher education). Sex, income, and visit frequency were not significant. McFadden Pseudo $R^2=0.029$; EPV=33.5. Sensitivity analysis confirmed robustness of the education finding ($p=0.003$ to 0.034 across all scenarios). **Conclusion:** Half the teaching clinic patients showed mild or higher anxiety. Education level was the main associated factor, with progressive protective effect. Targeted reception strategies for lower-education patients may help reduce barriers to dental treatment in university settings.

Keywords: *dental anxiety; dental fear; Dental Anxiety Scale; teaching clinic; logistic regression.*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	4
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	6
2.1 Definição, classificação e epidemiologia da ansiedade odontológica.....	6
2.2 Instrumentos de mensuração da ansiedade odontológica.....	7
2.3 Fatores associados à ansiedade odontológica.....	8
2.4 Consequências clínicas e impacto na saúde bucal.....	9
2.5 Ansiedade odontológica em diferentes contextos de atendimento.....	10
3 JUSTIFICATIVA.....	12
4 OBJETIVOS.....	13
4.1 Objetivo geral.....	13
4.2 Objetivos específicos.....	13
5 MATERIAL E MÉTODOS.....	15
5.1 Delineamento, local e período do estudo.....	15
5.2 População, amostra e critérios de elegibilidade.....	15
5.3 Instrumento de coleta de dados.....	16
5.4 Processamento e análise dos dados.....	17
5.5 Aspectos éticos.....	18
6 RESULTADOS.....	20
7 DISCUSSÃO.....	28
8 CONCLUSÃO.....	38
REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

A ansiedade odontológica constitui um dos fenômenos psicológicos mais prevalentes no contexto da saúde bucal, afetando milhões de pessoas em todo o mundo e representando um dos principais obstáculos ao acesso e à adesão aos serviços odontológicos (HMUD; WALSH, 2009; OOSTERINK; DE JONGH; HOOGSTRATEN, 2009). Trata-se de uma resposta emocional multidimensional, com componentes cognitivos, afetivos, comportamentais e fisiológicos, que pode variar desde uma apreensão leve e manejável até uma fobia incapacitante — a odontofobia — classificada nos manuais diagnósticos como fobia específica do tipo situacional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; MARKS, 1987). Entre esses dois extremos existe um continuum, e a identificação do grau de ansiedade individual é essencial para que o cirurgião-dentista possa planejar condutas de manejo adequadas antes e durante o tratamento (APPUKUTTAN, 2016; BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014).

As estimativas internacionais de prevalência da ansiedade odontológica em adultos variam amplamente conforme o instrumento, o critério de corte e a população estudada, situando-se geralmente entre 10% e 30% (GATCHEL, 1989; STOUTHARD; HOOGSTRATEN, 1990). Uma revisão publicada por Beaton, Freeman e Humphris (2014) apontou que, em países ocidentais, aproximadamente 4% a 8% da população apresenta níveis extremos de ansiedade que levam à evitação completa do tratamento dentário (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014). No Brasil, estudos realizados em diferentes contextos clínicos estimaram prevalências de 15% a 39%, com as maiores taxas observadas em populações de baixo nível socioeconômico, menor escolaridade e menor regularidade de consultas (KANEANE et al., 2006; SANTOS et al., 2020). Esses dados posicionam a ansiedade odontológica como um problema de saúde pública de expressiva magnitude no país.

As consequências da ansiedade odontológica vão muito além do desconforto imediato do paciente. Há evidências consistentes de que ela se associa a piores indicadores de saúde bucal, incluindo maior prevalência de cárie, doença periodontal e perda dentária (MCGRATH; BEDI, 2004; CREGO et al., 2013). O mecanismo central é o ciclo de evitação: pacientes ansiosos postergam ou cancelam consultas, acumulam necessidades não tratadas e, quando finalmente buscam atendimento,

confrontam-se com procedimentos mais complexos e dolorosos, o que reforça negativamente o medo e perpetua o ciclo (OOSTERINK; DE JONGH; HOOGSTRATEN, 2009; ARMFIELD; HEATON, 2013). McGrath e Bedi (2004) demonstraram, em estudo populacional britânico, que a ansiedade odontológica se associa de forma independente a pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal, afetando funções mastigatórias, comunicação e bem-estar psicossocial (MCGRATH; BEDI, 2004).

No Brasil, o sistema de saúde odontológico é estruturado em contextos de acesso marcadamente distintos. As clínicas-escola de faculdades de odontologia têm papel central no atendimento de populações de menor renda e escolaridade, frequentemente servindo como única via de acesso a tratamentos especializados para esses grupos (BOTTAN; ARAÚJO; SILVEIRA, 2007). Em contraste, as clínicas odontológicas privadas concentram pacientes com maior poder aquisitivo, maior escolaridade e maior regularidade nas consultas preventivas (GOETTEMES et al., 2011). Essa heterogeneidade socioeconômica no contexto da clínica-escola universitária é relevante porque os determinantes da ansiedade odontológica são fortemente influenciados por condições socioeconômicas, história de utilização dos serviços e experiências clínicas pregressas (EITNER et al., 2006; ACHARYA, 2008).

A mensuração objetiva da ansiedade odontológica é essencial tanto para a prática clínica quanto para a pesquisa epidemiológica. A Dental Anxiety Scale (DAS), desenvolvida por Corah em 1969, tornou-se o instrumento de autorrelato mais amplamente utilizado internacionalmente, com versões validadas em dezenas de países e idiomas (CORAH, 1969). Diversas versões ampliadas foram propostas ao longo das décadas para aumentar a sensibilidade do instrumento a situações clínicas específicas, como anestesia local, exodontia e raspagem (NEWTON; BUCK, 2000; HUMPHRIS; MORRISON; LINDSAY, 1995). O presente estudo utilizou uma versão adaptada com sete itens — que estende o escopo da DAS para contemplar procedimentos de alta prevalência na prática clínica odontológica —, buscando capturar gradientes de ansiedade clinicamente relevantes.

Apesar da relevância do tema, estudos sobre prevalência e fatores associados à ansiedade odontológica em pacientes atendidos em clínicas-escola universitárias ainda são escassos na literatura brasileira. A identificação de associações entre

variáveis socioeconômicas e comportamentais e a ansiedade odontológica em pacientes de clínica-escola, com controle estatístico por análise multivariada, pode contribuir para o planejamento de estratégias de manejo comportamental e para a formação de profissionais mais preparados para lidar com a dimensão psicológica do cuidado odontológico.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Definição, classificação e epidemiologia da ansiedade odontológica

A ansiedade odontológica é definida como um estado emocional de apreensão antecipada diante de situações relacionadas ao tratamento dentário, caracterizado por tensão, preocupação e sensações físicas de excitação autonômica (HMUD; WALSH, 2009; KLINGBERG; BROBERG, 2007). Do ponto de vista nosológico, diferencia-se da fobia dentária pelo critério de proporcionalidade: enquanto a ansiedade representa resposta esperada ao estímulo ameaçador, a fobia constitui resposta excessiva, irracional e persistente que interfere significativamente no funcionamento e na qualidade de vida do indivíduo, sendo classificada no DSM-5 como fobia específica do tipo situacional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013; MARKS, 1987). Entre esses extremos existe uma gradação contínua, que os instrumentos psicométricos como a DAS buscam capturar de forma quantitativa.

A prevalência global da ansiedade odontológica em adultos situa-se entre 10% e 30%, dependendo do instrumento utilizado e do ponto de corte adotado (GATCHEL, 1989; STOUTHARD; HOOGSTRATEN, 1990). Hakeberg, Berggren e Carlsson (1992) identificaram, em amostra representativa sueca, prevalência de 20,5% de ansiedade de grau moderado a intenso (HAKEBERG; BERGGREN; CARLSSON, 1992). Stouthard e Hoogstraten (1990) encontraram, nos Países Baixos, prevalência de 34% de algum grau de ansiedade odontológica usando versão holandesa da DAS (STOUTHARD; HOOGSTRATEN, 1990). No contexto brasileiro, Kanegane et al. (2006) reportaram, em estudo de rotina clínica em São Paulo, que aproximadamente 27% dos pacientes apresentavam ansiedade moderada a intensa pela DAS (KANEANE et al., 2006). Uma análise de Santos et al. (2020) em pacientes de urgência confirmou altas taxas de ansiedade nesse subgrupo, reforçando a associação entre busca por atendimento em contexto de dor e maior ansiedade (SANTOS et al., 2020). Destaca-se que as prevalências são sistematicamente maiores em mulheres, em faixas etárias jovens e em populações com menor acesso regular a serviços odontológicos (HÄGGLIN et al., 1996; HÄGGLIN et al., 2000).

Sob perspectiva etária, estudos longitudinais demonstraram que a ansiedade odontológica tende a se estabelecer na infância e adolescência, muitas vezes em decorrência de experiências dentárias negativas precoces, e pode persistir ao longo

da vida adulta com variações individuais importantes (LOCKER et al., 1999; SKARET et al., 2000). A análise de Locker et al. (1999) indicou que 65% dos adultos com ansiedade odontológica intensa relataram sua origem na infância ou adolescência, destacando a importância de intervenções preventivas já na primeira infância (LOCKER et al., 1999).

2.2 Instrumentos de mensuração da ansiedade odontológica

Diversos instrumentos foram desenvolvidos para mensurar a ansiedade odontológica, cada qual com características psicométricas e campo de aplicação específicos. A Dental Anxiety Scale (DAS), desenvolvida por Corah em 1969, consiste em quatro questões sobre situações típicas do atendimento odontológico, com escore total de 4 a 20 pontos e escala tipo Likert de cinco pontos (CORAH, 1969). Apesar de sua brevidade e ampla utilização, a DAS original foi criticada por não incluir questões específicas sobre anestesia — um dos principais desencadeadores de ansiedade situacional — e por sua limitada cobertura dos procedimentos mais ansiogênicos (KLEINKNECHT; KLEPAC; ALEXANDER, 1973; VAN WIJK; HOOGSTRATEN, 2009).

Em resposta a essas limitações, Humphris et al. (1995) desenvolveram a Modified Dental Anxiety Scale (MDAS), acrescentando ao instrumento original uma questão sobre a antecipação da injeção anestésica, resultando em cinco itens com escore de 5 a 25 pontos (HUMPHRIS; MORRISON; LINDSAY, 1995). A MDAS demonstrou propriedades psicométricas robustas — alfa de Cronbach entre 0,89 e 0,92 —, foi validada em múltiplos países e idiomas, incluindo o Brasil (Ferreira et al., 2017) e tornou-se o padrão-ouro para pesquisa epidemiológica em ansiedade odontológica. Versões ainda mais extensas, com cinco a oito itens, foram propostas para capturar gradientes de ansiedade em procedimentos adicionais como exodontia, raspagem e aguardar o início do procedimento após anestesia, como a empregada no presente estudo (NEWTON; BUCK, 2000). Essas versões ampliadas não possuem validação psicométrica formal consolidada para a população brasileira, constituindo uma limitação metodológica que deve ser explicitada nos estudos que as utilizam. Para além da DAS e MDAS, outros instrumentos de uso corrente incluem o Dental Fear Survey (DFS), com 20 itens (KLEINKNECHT; BERNSTEIN, 1978), a Dental Cognitions Questionnaire (DCQ) para avaliação cognitiva, e escalas visuais analógicas para uso clínico rápido (APPUKUTTAN, 2016).

A definição dos pontos de corte para classificação da ansiedade varia conforme o instrumento e a versão utilizada. Para a DAS-7 de sete itens com escore de 7 a 35 pontos, as categorias adotadas no presente estudo — Não é ansioso (7), Muito pouco ansioso (8–14), Levemente ansioso (15–21), Moderadamente ansioso (22–28) e Extremamente ansioso (≥ 29) — foram estabelecidas de forma proporcional ao escore máximo, seguindo a estrutura de intervalos equidistantes do instrumento original. A interpretação dos escores deve considerar sempre o instrumento específico utilizado, pois as escalas não são intercambiáveis.

2.3 Fatores associados à ansiedade odontológica

A ansiedade odontológica é determinada por múltiplos fatores interagindo de forma complexa. Do ponto de vista sociodemográfico, o sexo feminino é o fator de risco mais consistentemente documentado: mulheres apresentam escores de ansiedade odontológica sistematicamente mais elevados do que homens em estudos populacionais de diferentes países e culturas (HÄGGLIN et al., 1996; HÄGGLIN et al., 2000; SCHULLER; WILLUMSEN; HOLST, 2003). As explicações propostas incluem diferenças na socialização emocional, maior predisposição a transtornos de ansiedade em geral e maior disposição para relatar sintomas psicológicos (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014). No entanto, análises multivariadas frequentemente demonstram que o efeito do sexo se atenua após controle de outros determinantes, como escolaridade e frequência de utilização dos serviços (ACHARYA, 2008; POHJOLA et al., 2007).

As experiências odontológicas pregressas desempenham papel central na gênese e manutenção da ansiedade odontológica. Modelos de condicionamento clássico propõem que a associação entre estímulos do ambiente odontológico (barulho de instrumentos, cheiro de materiais, cadeira odontológica) e eventos dolorosos ou aversivos gera respostas condicionadas de medo que podem persistir e generalizar-se ao longo do tempo (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014; MOORE; BRØDSGAARD; BIRN, 1991). Beaton, Freeman e Humphris (2014) revisaram os principais modelos explicativos da origem do medo dentário, destacando que a maioria dos pacientes com ansiedade odontológica intensa relata pelo menos uma experiência traumática associada ao tratamento dentário (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014). O tipo de procedimento também influencia a ansiedade

situacional: anestesia local, instrumentos rotatórios de alta velocidade e procedimentos cirúrgicos são os mais frequentemente citados como fontes de medo (KLEINKNECHT; KLEPAC; ALEXANDER, 1973; VAN WIJK; HOOGSTRATEN, 2009; OOSTERINK; DE JONGH; AARTMAN, 2008).

A frequência de utilização dos serviços odontológicos mantém relação bidirecional com a ansiedade. Skaret et al. (2000) demonstraram, em amostra norueguesa de adolescentes, que a evitação de consultas estava fortemente associada à ansiedade odontológica, e que o ciclo de evitação — no qual a ansiedade leva à não consulta, que por sua vez agrava as condições bucais e intensifica a ansiedade em consultas futuras — configura o principal mecanismo pelo qual a ansiedade compromete a saúde bucal a longo prazo (SKARET et al., 2000). Armfield e Heaton (2013) sistematizaram esse modelo de ciclo de evitação em revisão abrangente, propondo estratégias específicas para interrompê-lo (ARMFIELD; HEATON, 2013). A relação com escolaridade e renda é igualmente documentada: menor nível de instrução e menor renda associam-se a menor senso de autoeficácia no manejo de situações de saúde, menor familiaridade com o ambiente clínico e maior prevalência de experiências dentárias negativas pregressas (EITNER et al., 2006; ACHARYA, 2008).

2.4 Consequências clínicas e impacto na saúde bucal

As implicações clínicas da ansiedade odontológica não tratada são substanciais e multidimensionais. No plano da saúde bucal, a evitação do dentista resulta em acúmulo de necessidades terapêuticas, com maior prevalência de cárie não tratada, doença periodontal avançada e edentulismo (MCGRATH; BEDI, 2004; CREGO et al., 2013). Crego et al. (2013) demonstraram, em modelo de vulnerabilidade cognitiva e estresse, que a ansiedade odontológica prediz de forma independente a experiência de cárie, mesmo após controle de comportamentos de higiene oral (CREGO et al., 2013). McGrath e Bedi (2004) evidenciaram que a ansiedade odontológica se associa a pior qualidade de vida relacionada à saúde bucal em múltiplos domínios, incluindo limitação funcional, dor física, desconforto psicológico e desvantagem social (MCGRATH; BEDI, 2004).

No plano da prática clínica, a ansiedade odontológica impõe desafios operacionais significativos: aumenta o tempo necessário para procedimentos, eleva a

demanda por anestesia suplementar, dificulta a obtenção de radiografias e impressões, compromete a cooperação em procedimentos que exigem abertura bucal prolongada e aumenta o risco de movimentos involuntários que comprometem a segurança (HMUD; WALSH, 2009; APPUKUTTAN, 2016). A ansiedade do paciente constitui também fonte relevante de estresse ocupacional para os cirurgiões-dentistas, especialmente em contextos de alta demanda como clínicas-escola e serviços públicos (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014). Por todas essas razões, a identificação precoce do grau de ansiedade odontológica e o planejamento de estratégias de manejo comportamental são recomendados como parte integral do protocolo de atendimento odontológico.

2.5 Ansiedade odontológica em diferentes contextos de atendimento

A literatura que compara diretamente os perfis de ansiedade odontológica em clínicas-escola universitárias brasileiras é escassa, embora estudos realizados separadamente nesses contextos forneçam subsídios para a comparação. Em contextos de clínica-escola, o atendimento é realizado por estudantes sob supervisão docente, o que pode introduzir fatores específicos de ansiedade não presentes em clínicas privadas: maior duração dos procedimentos, múltiplas interrupções para supervisão, percepção de menor experiência do operador e incerteza sobre o resultado final (PANI; ALGHANEM; ALGHANEM, 2013; GORDON et al., 2013). Pani et al. (2013) demonstraram, em estudo com pacientes de clínica universitária no Oriente Médio, que a ansiedade foi significativamente maior quando os procedimentos eram realizados por estudantes do que quando realizados por seus supervisores docentes, mesmo em condições clínicas semelhantes (PANI; ALGHANEM; ALGHANEM, 2013).

Do ponto de vista sociodemográfico, clínicas-escola tendem a concentrar populações de menor renda e escolaridade, que procuram esses serviços frequentemente por falta de alternativas de acesso ao serviço privado (KANEANE et al., 2006; BOTTAN; ARAÚJO; SILVEIRA, 2007). Esses grupos populacionais apresentam, em média, padrão de utilização mais irregular dos serviços odontológicos, maior frequência de busca em situações de urgência e dor, e maior acúmulo de necessidades terapêuticas — todos fatores que se associam a maiores níveis de ansiedade (EITNER et al., 2006; ACHARYA, 2008). Aguilera-Galaviz et al.

(2019) confirmaram esse perfil em clínica universitária mexicana, onde mais de 30% dos pacientes apresentavam ansiedade moderada a intensa, com associações independentes a baixa escolaridade, baixa renda e histórico de dor em tratamentos anteriores (AGUILERA-GALAVIZ et al., 2019).

A literatura aponta que pacientes de serviços privados tendem a apresentar maior escolaridade, maior renda e consultas mais regulares, características associadas a maior familiaridade com o ambiente clínico e menor ansiedade odontológica (GOETTEMS et al., 2011; ACHARYA, 2008). A relação continuada com um profissional de referência favorece o desenvolvimento de vínculo de confiança que atenua a ansiedade situacional ao longo do tempo (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014). Essas diferenças refletem primariamente determinantes sociodemográficos e comportamentais, e não exclusivamente o tipo de serviço, o que reforça a importância do controle estatístico dessas variáveis nas análises (ARMFIELD; HEATON, 2013; AGUILERA-GALAVIZ et al., 2019).

Estratégias de manejo comportamental da ansiedade odontológica têm sido amplamente estudadas e demonstraram eficácia em diferentes contextos de atendimento. As abordagens não farmacológicas incluem: técnicas de comunicação empática (tell-show-do), controle da sensação de controle pelo paciente (sinal combinado de interrupção), distração cognitiva, relaxamento progressivo e psicoeducação sobre os procedimentos (APPUKUTTAN, 2016; GORDON et al., 2013). Gordon et al. (2013) revisaram as evidências sobre tratamento da ansiedade odontológica em adultos, concluindo que intervenções cognitivo-comportamentais são as de maior eficácia a longo prazo, com benefícios sustentados mesmo em acompanhamento de um a dois anos (GORDON et al., 2013). Wide Boman et al. (2013) confirmaram esses achados em revisão sistemática específica, destacando que intervenções de sessão única focadas em reestruturação cognitiva mostraram resultados equivalentes a programas mais longos em pacientes com ansiedade de grau moderado (WIDE BOMAN et al., 2013). Esses dados reforçam a pertinência de incorporar rastreamento sistemático da ansiedade nos protocolos de atendimento, especialmente em clínicas-escola onde a prevalência tende a ser mais elevada.

3 JUSTIFICATIVA

A ansiedade odontológica constitui um problema de saúde pública de alta prevalência no Brasil e com impacto direto sobre a saúde bucal, a qualidade de vida e a utilização dos serviços odontológicos (HMUD; WALSH, 2009; MCGRATH; BEDI, 2004; CREGO et al., 2013). Apesar de sua relevância clínica e epidemiológica, os estudos brasileiros que caracterizam sistematicamente os fatores associados à ansiedade odontológica em clínicas-escola universitárias com controle estatístico multivariado de variáveis socioeconômicas e comportamentais ainda são escassos na literatura (KANEGANE et al., 2006; AGUILERA-GALAVIZ et al., 2019; MALVANIA et al., 2021).

A lacuna identificada na literatura é metodológica e clinicamente relevante. Estudos descritivos sem modelagem multivariada não permitem distinguir se a elevada prevalência de ansiedade em clínicas-escola é determinada pelo perfil socioeconômico da população atendida ou por características estruturais do próprio ambiente universitário. Essa distinção tem implicações diretas para o planejamento de intervenções, pois estratégias de manejo da ansiedade podem precisar considerar tanto características individuais dos pacientes quanto aspectos organizacionais do ambiente clínico (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014; PANI; ALGHANEM; ALGHANEM, 2013).

Do ponto de vista da formação em odontologia, as clínicas-escola são o principal locus de treinamento dos futuros profissionais e o primeiro ambiente em que estudantes de odontologia desenvolvem competências de manejo do paciente. A elevada prevalência de ansiedade odontológica identificada nesse contexto reforça a necessidade de incorporar rastreamento sistemático e estratégias de manejo comportamental ao currículo de graduação — não como complemento optativo, mas como competência clínica nuclear (APPUKUTTAN, 2016; GORDON et al., 2013). A ausência de dados robustos sobre o perfil de ansiedade nas clínicas-escola brasileiras limita a fundamentação empírica dessas recomendações curriculares.

Adicionalmente, o Brasil apresenta particularidades no acesso aos serviços odontológicos que tornam a investigação de fatores associados à ansiedade em clínicas-escola especialmente pertinente do ponto de vista de saúde pública. As clínicas universitárias representam, para amplas parcelas da população de menor

renda, a única alternativa de acesso a tratamentos odontológicos especializados. Compreender se a escolaridade opera como fator protetor independente da ansiedade odontológica nesse contexto pode subsidiar políticas institucionais de acolhimento e humanização do atendimento, contribuindo para reduzir barreiras não financeiras ao acesso à saúde bucal.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Investigar a prevalência de ansiedade odontológica e os fatores socioeconômicos a ela associados em pacientes adultos de 18 a 60 anos atendidos na clínica-escola de odontologia da PUC Goiás, estimando a associação bruta e ajustada entre variáveis socioeconômicas e comportamentais e o desfecho de ansiedade por meio de instrumento adaptado da Dental Anxiety Scale com sete itens e análise de regressão logística multivariada.

4.2 Objetivos específicos

- Descrever a distribuição das categorias de ansiedade odontológica (Não é ansioso, Muito pouco ansioso, Levemente ansioso, Moderadamente ansioso e Extremamente ansioso) na amostra estudada, segundo os escores do instrumento adaptado de sete itens;
- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes quanto a sexo, faixa etária, renda familiar mensal e nível de escolaridade;
- Descrever a frequência de utilização dos serviços odontológicos e os procedimentos referidos como mais ansiogênicos nos participantes;
- Estimar a associação bruta (OR não ajustado) e ajustada (OR ajustado por regressão logística multivariada) entre os fatores socioeconômicos e comportamentais e a presença de ansiedade leve ou superior (escore ≥ 15 pontos), controlando o efeito de sexo, renda familiar, escolaridade e frequência de visitas ao dentista;
- Identificar quais variáveis sociodemográficas e comportamentais se associam de forma independente ao desfecho de ansiedade ≥ 15 no modelo multivariado, contribuindo para a compreensão dos determinantes da ansiedade odontológica na população estudada.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Delineamento, local e período do estudo

Trata-se de um estudo observacional, transversal e quantitativo, com abordagem analítica. A pesquisa foi conduzida na Clínica-Escola de Odontologia da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), instituição de ensino superior confessional situada em Goiânia, Goiás, que presta atendimento à comunidade por meio de seus cursos de graduação e pós-graduação. A coleta de dados foi realizada durante o período de atendimento regular do serviço, de fevereiro de 2025 a maio de 2026.

O delineamento transversal foi selecionado por sua adequação ao objetivo de avaliar a prevalência e a distribuição da ansiedade odontológica em uma amostra de conveniência dos pacientes atendidos nos serviços durante o período analisado. Reconhece-se como limitação inerente desse delineamento a impossibilidade de estabelecer relações de temporalidade ou causalidade entre as variáveis analisadas.

5.2 População, amostra e critérios de elegibilidade

A população-alvo foi composta por pacientes adultos atendidos na clínica-escola. A amostragem foi realizada por conveniência, incluindo consecutivamente os pacientes elegíveis que compareceram ao atendimento durante o período de coleta e concordaram em participar da pesquisa.

Critérios de inclusão, conforme protocolo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa: (a) idade entre 18 e 60 anos; (b) assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e (c) condições cognitivas e físicas para compreender e responder ao questionário de forma autônoma. Foram excluídos: pacientes fora da faixa etária elegível; aqueles que não completaram o instrumento de coleta; e participantes cujos dados apresentaram ausência nas variáveis utilizadas no modelo multivariado.

O instrumento de coleta utilizou categorias etárias pré-definidas, e não idades exatas. Como a categoria mais alta do instrumento (55–64 anos) abrangia parcialmente idades fora do critério etário do CEP (18–60 anos), foi necessário verificar individualmente a idade real dos participantes alocados nessa categoria. Para tanto, recorreu-se aos registros de coleta mantidos pelo pesquisador responsável

(formulário de identificação preenchido no momento do consentimento, contendo data de nascimento), cruzados com os prontuários do serviço. Para os participantes em que essa verificação cruzada não foi possível ou produziu resultado divergente, optou-se pela exclusão por critério conservador. A verificação por meio dos registros de coleta e prontuários do serviço confirmou que todos os participantes nesta categoria tinham efetivamente 60 anos de idade, tratando-se de erro de planilhamento decorrente de interpretação equivocada da grafia manuscrita do pesquisador de campo. Nenhum participante foi excluído por critério etário nesta categoria. A base inicial de registros com escore DAS válido resultou em 271 participantes para análise descritiva. Para a regressão logística, cinco registros foram excluídos por renda ausente ou inválida, resultando em n=266. Embora o protocolo aprovado previsse amostra de 900 participantes, a presente análise considerou os participantes elegíveis com dados disponíveis no período analisado, sendo reportada como análise parcial dos dados do projeto.

5.3 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta foi composto por duas partes. A Parte I consistiu em questionário sociodemográfico e comportamental com seis itens: (1) sexo (masculino/feminino); (2) faixa etária (18–24; 25–34; 35–44; 45–54; 55–64 anos); (3) renda familiar mensal em salários mínimos (menos de 1 SM; 1 a 3 SM; 3 a 5 SM; mais de 5 SM); (4) grau de instrução (analfabeto; ensino fundamental incompleto/completo; ensino médio incompleto/completo; ensino superior incompleto/completo); (5) frequência de visitas ao dentista (a cada 6 meses; não me lembro; uma vez por ano; somente quando tenho dor; uma vez a cada dois anos); e (6) procedimento odontológico que mais causa incômodo (alta rotação/turbina; anestesia; cirurgias; nenhum; outro). Essas variáveis foram selecionadas com base em sua documentada associação com a ansiedade odontológica na literatura (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014; EITNER et al., 2006; HÄGGLIN et al., 1996).

A Parte II consistiu em instrumento adaptado a partir da Dental Anxiety Scale (DAS), composto por sete itens que avaliam o grau de ansiedade do participante diante das seguintes situações clínicas: (1) pensamento sobre consulta odontológica no dia seguinte; (2) espera na sala de espera do consultório odontológico; (3) uso da broca de alta rotação pelo dentista; (4) realização de raspagem e polimento; (5)

realização de exodontia (extração dentária); (6) aplicação de anestesia local; e (7) aguardar o início do procedimento após a administração da anestesia. Cada item foi pontuado em escala de Likert de cinco pontos (1 = nenhuma ansiedade; 5 = ansiedade extrema), resultando em escore total de 7 a 35 pontos. As categorias de classificação adotadas foram: Não é ansioso (escore 7 pontos), Muito pouco ansioso (8–14 pontos), Levemente ansioso (15–21 pontos), Moderadamente ansioso (22–28 pontos) e Extremamente ansioso (≥ 29 pontos), seguindo protocolo do instrumento utilizado no projeto de pesquisa.

Ressalta-se que a versão de sete itens empregada constitui uma adaptação do instrumento original, incorporando itens de versões ampliadas da DAS e da MDAS que avaliam procedimentos adicionais de alta prevalência na prática clínica. Essa versão não possui estudo de validação psicométrica formal para amostras brasileiras, diferentemente da DAS-4 original e da MDAS de cinco itens, para as quais existem estudos de validade e confiabilidade publicados no Brasil (FERREIRA et al., 2017). Essa limitação deve ser considerada na interpretação dos resultados e nas comparações com estudos que utilizaram instrumentos validados.

O instrumento foi aplicado em ambiente reservado, garantindo privacidade ao participante. A coleta foi conduzida por pesquisador previamente treinado para padronizar a forma de apresentação do questionário, o que inclui leitura das perguntas em voz alta quando solicitado pelo participante e esclarecimento de dúvidas de interpretação sem indução de respostas.

5.4 Processamento e análise dos dados

Os dados foram tabulados em planilha eletrônica (Microsoft Excel) com dupla checagem de consistência. As análises estatísticas foram realizadas com o software Python 3.12, utilizando as bibliotecas pandas 2.x, scipy.stats e statsmodels 0.14. A normalidade da distribuição dos escores da DAS foi avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk. Como a distribuição dos escores não seguiu distribuição normal ($p < 0,05$), os resultados são apresentados como mediana e intervalo interquartil, além de média e desvio-padrão para fins comparativos com a literatura.

Para a análise inferencial, os escores foram dicotomizados em: baixa ansiedade (7–14 pontos) e ansiedade leve ou superior (≥ 15 pontos). Esse agrupamento foi adotado para viabilizar a análise por regressão logística binária, que

requer desfecho dicotômico, e por permitir a identificação do limiar clinicamente relevante (≥ 15 pontos) correspondente à ansiedade leve ou superior. A tabela de cinco categorias é apresentada exclusivamente para fins descritivos. O ponto de corte ≥ 15 foi utilizado como variável desfecho nos modelos de regressão logística bruta e ajustada apresentados na seção de resultados.

Para análise multivariada, foi realizada regressão logística binária. Os OR brutos foram calculados para cada variável individualmente, e o modelo ajustado incluiu simultaneamente as seguintes covariáveis: sexo (feminino = 1; masculino = 0), renda familiar (recodificada de forma inversamente proporcional, de modo que valores maiores indicam menor renda), escolaridade (variável ordinal, de 0 = analfabeto a 6 = ensino superior completo) e frequência de visitas ao dentista (variável ordinal de 1 a 5, do mais regular ao mais irregular). A seleção das covariáveis foi baseada na literatura sobre determinantes da ansiedade odontológica (EITNER et al., 2006; ACHARYA, 2008; HÄGGLIN et al., 1996; POHJOLA et al., 2007).

A adequação do tamanho amostral para regressão logística foi verificada pela regra de eventos por variável (EPV): com 134 eventos (escore ≥ 15) e 4 preditores no modelo, o EPV foi de 33,5, valor superior ao limiar de 10 recomendado pela literatura metodológica para estabilidade das estimativas. A colinearidade entre as covariáveis foi avaliada por coeficientes de correlação ponto-bisserial. As correlações identificadas foram moderadas, não indicando colinearidade problemática. Os resultados são apresentados como OR com IC95%. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$) para todos os testes.

5.5 Aspectos éticos

O presente estudo foi desenvolvido em conformidade com as normas éticas estabelecidas pela Resolução CNS nº 466/2012 e pela Resolução CNS nº 510/2016, que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil. O projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (CEP/PUC Goiás), conforme Parecer Consubstanciado nº 7.478.628, emitido em 31 de março de 2025 (CAAE: 86490225.1.0000.0037). O estudo não necessitou de apreciação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

A participação foi voluntária, com possibilidade de retirada a qualquer momento, sem prejuízo ao atendimento odontológico. Antes da aplicação do instrumento, todos os participantes receberam informações detalhadas sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa, assinando o TCLE em duas vias. Os riscos identificados foram classificados como baixos, limitando-se a eventual desconforto emocional ao responder questões relacionadas à ansiedade. Caso ocorresse qualquer desconforto, o participante seria assistido imediatamente por profissional habilitado. O anonimato dos participantes foi garantido por meio de identificação por código numérico, sem associação a dados de identificação pessoal. Os dados coletados foram armazenados de forma segura e serão mantidos por período mínimo de cinco anos, conforme regulamentação vigente. O pesquisador responsável declara ausência de conflito de interesses.

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização da amostra

Foram incluídos 271 participantes na análise descritiva, após exclusão de registros fora da faixa etária elegível (acima de 60 anos). Para a regressão logística, cinco registros foram excluídos por renda ausente ou inválida, resultando em n=266 no modelo multivariado. As características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes (n=271)

Variável	n=234 (*)
SEXO	
Masculino	100 (42,7%)
Feminino	134 (57,3%)
FAIXA ETÁRIA	
18–24 anos	34 (14,5%)
25–34 anos	60 (25,6%)
35–44 anos	64 (27,4%)

45–54 anos	74 (31,6%)
55–60 anos*	2 (0,7%)
REND A FAMILIAR (SM)	
< 1 SM	22 (9,4%)
1–3 SM	146 (62,4%)
3–5 SM	50 (21,4%)
> 5 SM	14 (6,0%)
<i>Renda ausente/inválida</i>	2 (0,7%)
ESCOLARIDADE	
Analfabeto/EF incompleto	28 (12,0%)
EF completo	34 (14,5%)
EM incompleto	41 (17,5%)
EM completo	70 (29,9%)
ES incompleto	35 (15,0%)
ES completo	26 (11,1%)

SM = salários mínimos. EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio; ES = Ensino Superior. * Categoria do questionário: 55–64 anos; conforme critério do CEP (18–60 anos), somente participantes com até 60 anos foram incluídos. A Tabela 1 apresenta a distribuição dos 234 participantes com dados categóricos completos (amostra de referência descritiva). A amostra analítica completa é n=271; cinco participantes com renda ausente ou inválida foram excluídos da regressão logística (n=266).

6.2 Frequência de visitas e procedimentos ansiogênicos

Tabela 2. Frequência de visitas ao dentista e procedimento que mais incomoda (n=271)

Variável	Clínica-escola n (%)
FREQUÊNCIA DE VISITAS	
A cada 6 meses	37 (15,8%)
Não me lembro	62 (26,5%)
1 vez por ano	49 (20,9%)
Somente quando tenho dor	61 (26,1%)
1 vez a cada 2 anos	30 (12,8%)

PROCEDIMENTO QUE MAIS INCOMODA	
Alta rotação (turbina)	48 (20,5%)
Anestesia	62 (26,5%)
Cirurgias	49 (20,9%)
Nenhum	61 (26,1%)
Outro	11 (4,7%)

* Os totais por questão podem variar devido à presença de respostas faltantes ou múltiplas em alguns itens; percentuais calculados sobre n=234 (subamostra com dados categóricos completos).

6.3 Análise descritiva dos escores

Tabela 3. Estatística descritiva dos escores DAS adaptado (n=271)

Parâmetro	Clínica-escola (n=271)
Média (DP)	14,34 ($\pm$ 5,51)
Mediana	15,0
Mínimo – Máximo	7 – 31
Percentil 25 – 75	9,0 – 18,0

* Distribuição não normal (Shapiro-Wilk $p < 0,05$); resultados apresentados com mediana e IQR.

Tabela 4. Distribuição descritiva por categoria de ansiedade (análise descritiva)

Categoria	Escore	Escola n=271 (%)
Não é ansioso	7	49 (18,1%)
Muito pouco ansioso	8–14	86 (31,7%)
Levemente ansioso	15–21	112 (41,3%)
Moderadamente ansioso	22–28	22 (8,1%)
Extremamente ansioso	≥ 29	2 (0,7%)
TOTAL	–	271 (100%)

Tabela descritiva. Qui-quadrado de 5 categorias não atende pressupostos (células com valor esperado < 5). Ver Tabela 6.

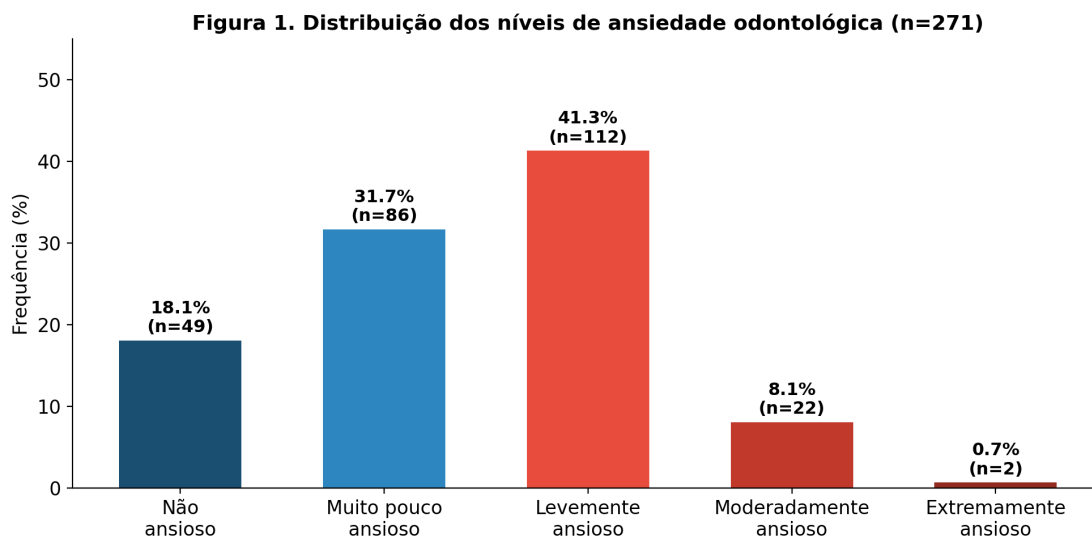


Figura 1. Distribuição dos níveis de ansiedade odontológica (n=271).

6.4 Análise bivariada e multivariada

A Tabela 5 apresenta os resultados da análise bivariada e da regressão logística multivariada. O Forest Plot (Figura 2) ilustra os OR ajustados com IC95%.

Tabela 5. Regressão logística: OR bruto e ajustado para ansiedade leve ou superior (escore ≥ 15)

Variável	OR bruto	IC95% bruto	p bruto	OR ajustado	IC95% ajustado	p ajustado
Sexo feminino	1,03	0,66–1,63	0,884	1,00	0,62–1,60	0,999
Renda (inverso: baixa)	1,30	0,96–1,75	0,091	1,09	0,78–1,51	0,609
Escolaridade (ordinal)	0,77	0,64–0,91	0,003	0,79	0,65–0,95	0,011
Freq. irregular (ordinal)	1,03	0,83–1,19	0,459	1,03	0,80–1,14	0,604

Desfecho: escore DAS ≥ 15 . N do modelo (regressão): 266 (5 participantes excluídos por renda ausente ou inválida). OR bruto calculado no mesmo subconjunto n=266 do modelo, para garantir comparabilidade direta com o OR ajustado; difere, portanto, do n=271 utilizado na análise descritiva da Tabela 6. Pseudo R^2 McFadden=0,029. Renda: 5–valor original (maior = menor renda). Escolaridade: 0 (analfabeto) a 6 (superior completo). Frequência: 1=a cada 6 meses a 5=1x/2 anos; ver limitações para discussão da codificação ordinal.

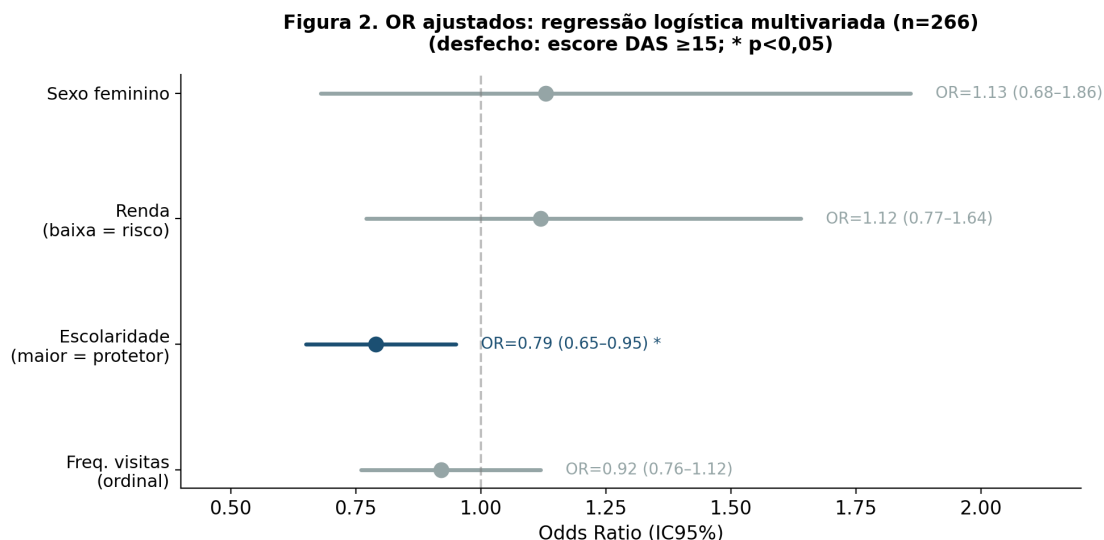


Figura 2. Forest plot dos OR ajustados (modelo multivariado). Linha vertical: OR=1 (sem efeito). Pontos azuis escuros: $p < 0,05$. Seta: atenuação do OR bruto para OR ajustado da escolaridade.

Na análise multivariada ($n=266$, após exclusão de 5 participantes com renda ausente), a escolaridade foi o único preditor significativo: cada nível adicional associou-se a redução de aproximadamente 21% nas chances de escore ≥ 15 (OR=0,79; IC95%: 0,65–0,95; $p=0,011$). Na análise bruta, a escolaridade também foi significativa (OR=0,77; IC95%: 0,64–0,91; $p=0,003$). Sexo (OR ajustado=1,00; IC95%: 0,62–1,60; $p=0,999$), renda (OR ajustado=1,09; IC95%: 0,78–1,51; $p=0,609$) e frequência de visitas (OR ajustado=1,03; IC95%: 0,80–1,14; $p=0,604$) não foram significativos no modelo ajustado. O Pseudo R^2 de McFadden foi de 0,029 e o EPV de 33,5 (134 eventos, 4 preditores). Adicionalmente, observou-se gradiente dose-resposta nas médias do escore DAS por categoria de escolaridade, variando de 16,21 pontos entre participantes com ensino fundamental completo a 12,41 pontos entre participantes com ensino superior completo — tendência decrescente consistente com o efeito protetor da escolaridade identificado no modelo ajustado.

Tabela 6. Distribuição dicotomizada do desfecho (n=271)

Grupo	Escola n=271 (%)
Baixa ansiedade (7–14)	135 (49,8%)
Ansiedade leve ou superior (≥ 15)	136 (50,2%)
TOTAL	271 (100%)

Distribuição descritiva dicotomizada para análise inferencial. Desfecho: escore DAS ≥ 15 . $n=271$ (descritivo); $n=266$ (modelo multivariado após exclusão de 5 participantes com renda ausente).

6.5 Figuras complementares

Figura 3. Distribuição dos escores de ansiedade odontológica

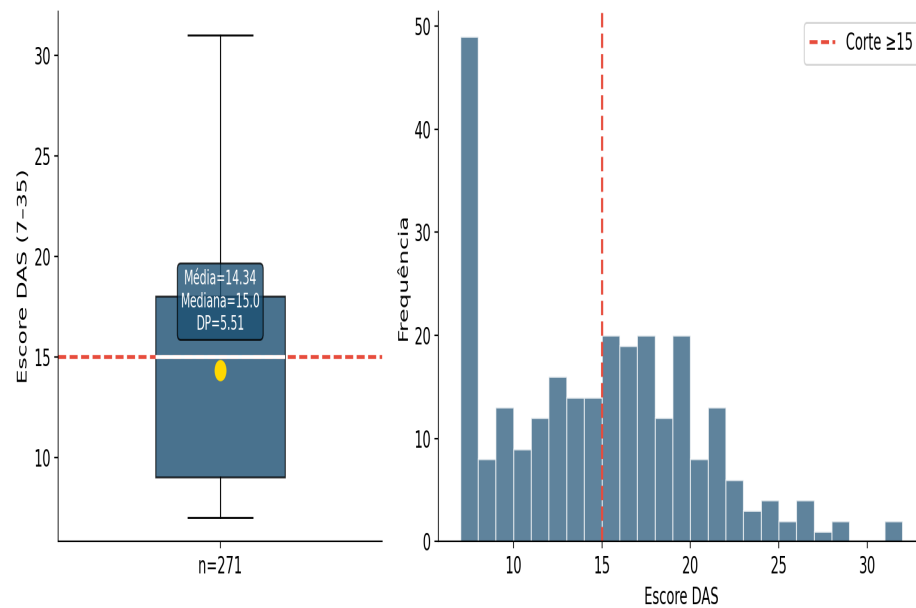


Figura 3. Distribuição dos escores de ansiedade. Linha vermelha: corte ≥ 15 . Ponto amarelo: média.

Figura 4. Distribuição por sexo (n=271)

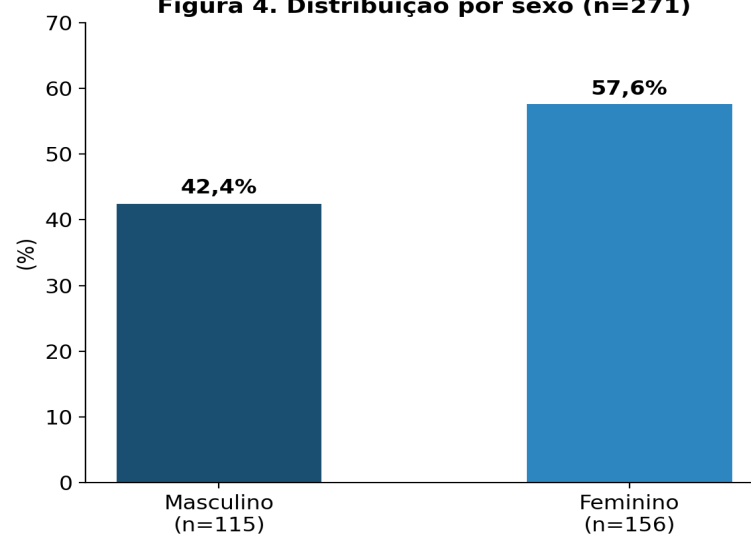
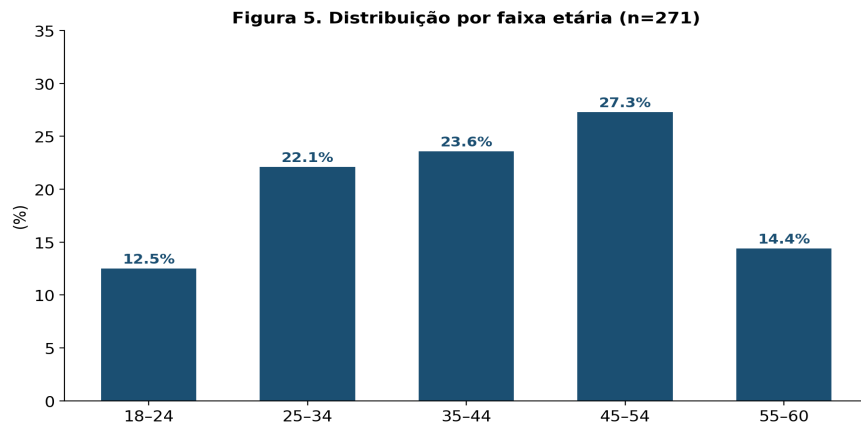


Figura 4. Distribuição por sexo (n=271).



*Figura 5. Faixa etária (18–60 anos). * Categoria do questionário 55–64; incluídos apenas participantes ≤60 anos.*

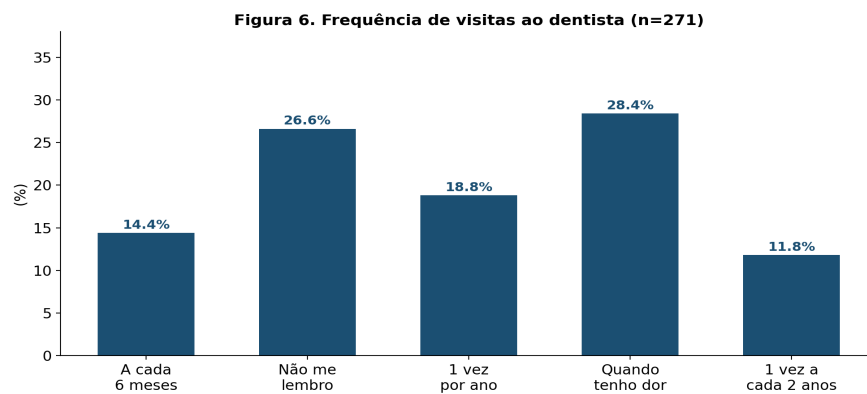


Figura 6. Frequência de visitas ao dentista.

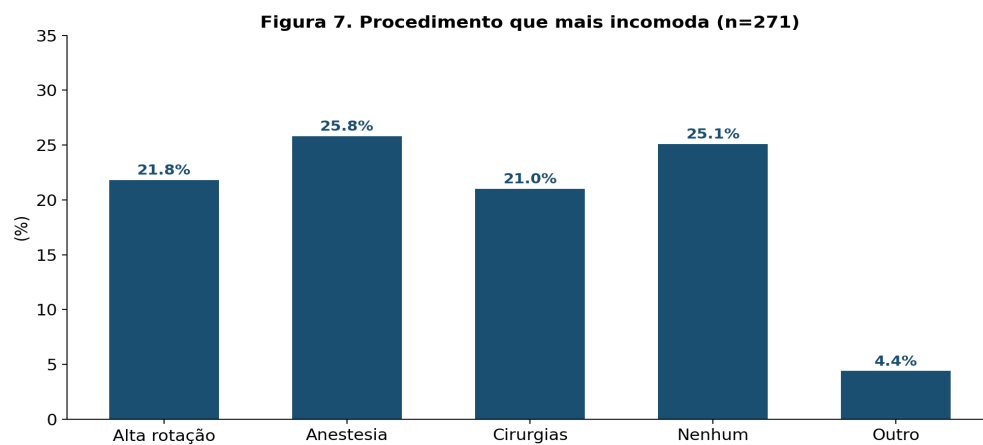


Figura 7. Procedimento que mais incomoda (n=271).

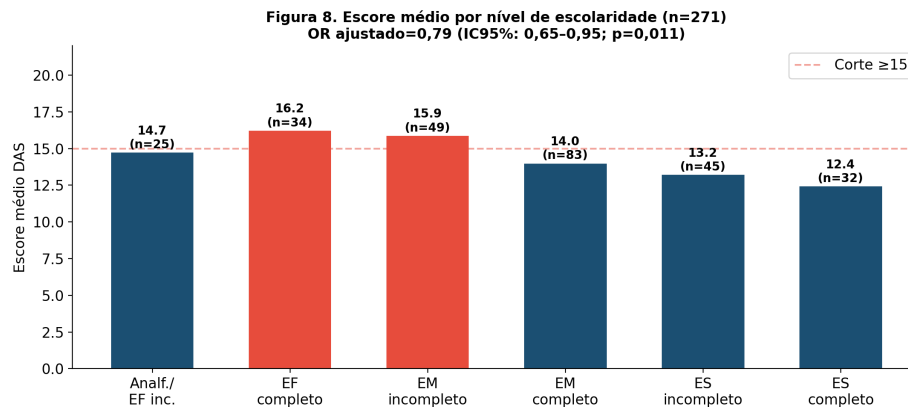


Figura 8. Nível de escolaridade. EF=Fundamental; EM=Médio; ES=Superior.

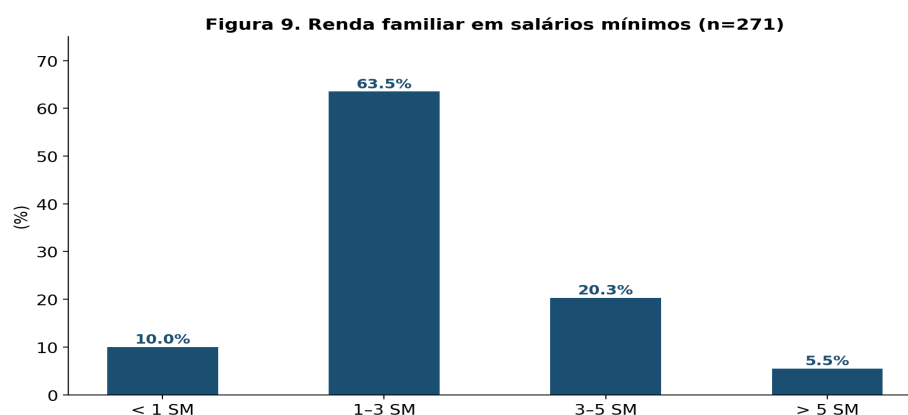


Figura 9. Renda familiar (SM = salários mínimos).

7 DISCUSSÃO

7.1 Síntese dos achados principais: escolaridade como principal correlato

O presente estudo identificou prevalência elevada de ansiedade odontológica leve ou superior (50,2%; n=136/271) em pacientes da clínica-escola, com escore médio de $14,34 \pm 5,51$ e mediana de 15,0. Na regressão logística multivariada (n=266), a escolaridade foi o único fator socioeconômico com associação estatisticamente significativa ao desfecho: OR=0,79 (IC95%: 0,65–0,95; p=0,011), com EPV=33,5 (134 eventos, 4 preditores). Sexo, renda familiar e frequência de visitas não atingiram significância individual no modelo ajustado.

É indispensável, no entanto, contextualizar a magnitude clínica e o poder explicativo do achado. O escore médio de 14,34 (mediana=15,0) situa-se na transição entre as categorias muito pouco ansioso e levemente ansioso (escala de 7 a 35 pontos). A mediana (15,0) situa-se no limiar inferior da categoria levemente ansioso,

e metade dos participantes (50,2%) atingiu escore ≥ 15 (ansiedade leve ou superior). O Pseudo R^2 de McFadden do modelo multivariado foi de 0,029, indicando que as covariáveis incluídas (sexo, renda, escolaridade, frequência de visitas) capturam parcela limitada da variabilidade no desfecho — os principais determinantes da ansiedade odontológica nesta amostra permanecem não mensurados. O EPV=33,5 (134 eventos para 4 preditores) indica modelo tecnicamente estável, mas o poder explicativo global é modesto e as estimativas devem ser interpretadas com cautela. Esse valor é, contudo, consistente com o reportado em estudos transversais que investigam fenômenos comportamentais complexos com covariáveis exclusivamente socioeconômicas: na ausência de variáveis experienciais, cognitivas e clínicas — que a literatura identifica como determinantes primários da ansiedade odontológica —, Pseudo R^2 de McFadden entre 0,02 e 0,10 são frequentemente observados (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014; LOCKER; POULTON; THOMSON, 2001). O valor de 0,029 não invalida a associação identificada: a escolaridade manteve-se estatisticamente significativa em quatro cenários de sensibilidade independentes, o que é mais informativo para a interpretação do achado do que o poder explicativo global do modelo.

7.2 Comparação com a literatura

Os achados do presente estudo são consistentes, em ordem de grandeza, com a literatura que descreve maiores prevalências de ansiedade odontológica em populações atendidas em contextos públicos e universitários. Rodrigues et al. (2020), em clínica-escola do Nordeste do Brasil, encontraram 38,4% dos participantes com ansiedade moderada ou alta avaliada pela MDAS — proporção que se situa na mesma faixa de magnitude dos 50,2% com escore ≥ 15 identificados no presente estudo, ainda que comparações numéricas diretas sejam limitadas pelo uso de instrumentos distintos, pontos de corte distintos e populações com perfis diferentes (RODRIGUES et al., 2020). Kanegane et al. (2006), em estudo de rotina clínica em São Paulo, reportaram que 27% dos pacientes apresentavam ansiedade moderada a intensa pela DAS-4, valores também compatíveis em ordem de grandeza com os achados atuais para a clínica-escola (KANEANE et al., 2006). No contexto internacional, Malvania et al. (2021) realizaram estudo comparativo específico entre pacientes de clínica pública e privada na Índia, identificando maior ansiedade odontológica nos pacientes de serviço público, em direção qualitativamente compatível com os achados do

presente estudo (MALVANIA et al., 2021). Aguilera-Galaviz et al. (2019), em clínica universitária mexicana, encontraram prevalência de ansiedade moderada a extrema superior a 30%, com associações com baixa escolaridade, baixa renda e história de dor em tratamentos anteriores — padrão qualitativamente semelhante ao observado na clínica-escola goiana do presente estudo (AGUILERA-GALAVIZ et al., 2019).

A comparação direta com outros estudos é limitada pelas diferenças no instrumento de mensuração. A DAS original de quatro itens, a MDAS de cinco itens validada para o Brasil e a versão de sete itens utilizada no presente estudo não são intercambiáveis, e os pontos de corte adotados variam entre estudos (NEWTON; BUCK, 2000; HUMPHRIS; MORRISON; LINDSAY, 1995; FERREIRA et al., 2017). Essa heterogeneidade metodológica na literatura dificulta comparações numéricas precisas e reforça a necessidade de adoção de instrumentos padronizados e validados em futuros estudos nacionais.

7.3 Prevalência de ansiedade no contexto de clínica-escola

A prevalência de 50,2% de ansiedade leve ou superior é consistente com a faixa reportada na literatura para clínicas-escola brasileiras. O perfil socioeconômico dos participantes — com 71,8% de renda até 3 SM, 44,0% com escolaridade até ensino médio incompleto, e 26,5% que não recordavam a frequência de visitas ao dentista — configura uma população com características tipicamente associadas a maior vulnerabilidade à ansiedade odontológica (KANEANE et al., 2006; EITNER et al., 2006; ACHARYA, 2008). As características estruturais do atendimento em clínica-escola — operadores em formação, presença de supervisores, tempos operatórios mais longos e menor continuidade do vínculo profissional-paciente — são fatores mecânicos discutidos na literatura como potenciais amplificadores da ansiedade (PANI; ALGHANEM; ALGHANEM, 2013). No entanto, o presente estudo não incluiu essas variáveis ambientais no modelo, e sua contribuição permanece como hipótese a ser testada em investigações futuras com delineamento adequado. Três mecanismos potenciais merecem destaque na discussão dessas características estruturais.

Em primeiro lugar, o fato de os procedimentos serem realizados por estudantes de odontologia pode introduzir incerteza adicional sobre competência técnica e resultado esperado. Pani et al. (2013) demonstraram, em estudo controlado, que

pacientes de clínica universitária apresentavam maior ansiedade quando atendidos por estudantes do que quando atendidos pelos mesmos supervisores docentes em condições clínicas comparáveis (PANI; ALGHANEM; ALGHANEM, 2013). A percepção de inexperiência do operador é uma fonte reconhecida de ansiedade situacional, especialmente em pacientes sem experiência prévia com atendimento universitário (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014).

Em segundo lugar, o tempo operatório tende a ser substancialmente maior em clínicas-escola do que em clínicas privadas, em razão de pausas para supervisão, necessidade de checagem de cada etapa do procedimento e curva de aprendizado do estudante. O prolongamento da exposição a estímulos ansiogênicos — ruído de instrumentos, cheiro de materiais, posição na cadeira — pode intensificar a resposta de ansiedade por mecanismos de sensibilização temporal (HMUD; WALSH, 2009; APPUKUTTAN, 2016). Modelos cognitivo-comportamentais da ansiedade odontológica propõem que a expectativa de prolongamento do desconforto é um preditor independente de ansiedade situacional (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014; DOERR et al., 1998).

Em terceiro lugar, a dinâmica comunicacional nas clínicas-escola pode diferir das clínicas privadas. A relação continuada com um profissional de referência — típica do contexto privado — favorece o desenvolvimento de vínculo de confiança que opera como fator protetor contra a ansiedade (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014). Em clínicas-escola, o paciente frequentemente muda de atendente a cada semestre, reduzindo oportunidades de construção de vínculo terapêutico. A qualidade da comunicação pré-procedimento e a percepção de controle pelo paciente são variáveis que não foram mensuradas no presente estudo, mas que merecem investigação em pesquisas futuras (ARMFIELD; HEATON, 2013; GORDON et al., 2013).

7.4 Escolaridade: associação inversa significativa

A escolaridade foi a única variável que atingiu significância estatística no modelo multivariado (OR=0,79; IC95%: 0,65–0,95; p=0,011). O intervalo de confiança de 95% é inteiramente abaixo de 1,00 (0,65–0,95), excluindo o valor nulo — o que é consistente com o p=0,011 observado. O EPV=33,5 (134 eventos para 4 preditores) indica modelo tecnicamente estável, bem acima do limiar de 10 recomendado pela literatura. O achado é, portanto, estatisticamente significativo nos parâmetros

convencionais, embora a magnitude clínica seja modesta e a interpretação deva ser cautelosa dado o poder explicativo global reduzido do modelo ($Pseudo R^2=0,029$). A direção da associação é, contudo, compatível com o padrão observado em estudos populacionais de diferentes países, nos quais maior escolaridade tende a se associar a menores escores de ansiedade odontológica (KANEGANE et al., 2006; EITNER et al., 2006; ACHARYA, 2008). Acharya (2008), em amostra indiana, identificou associação inversa entre escolaridade e crenças ansiogênicas sobre o tratamento dentário, sugerindo que a educação formal favorece interpretações mais realistas e menos catastrofizantes das situações odontológicas (ACHARYA, 2008). Doerr et al. (1998) também identificaram associação entre menor escolaridade e maiores níveis de ansiedade odontológica em amostra americana, mesmo após controle de idade e sexo (DOERR et al., 1998).

Cabe explicitar que, com quatro covariáveis testadas no modelo ajustado, um p-valor de 0,011 — embora confortavelmente abaixo do α convencional — deve ser interpretado com cautela adicional, dado que a probabilidade de pelo menos um achado nominalmente significativo por acaso aumenta proporcionalmente ao número de testes. Embora ajustes formais para multiplicidade (como Bonferroni) não sejam prática-padrão para coeficientes de regressão multivariada — cujo propósito é justamente o ajuste mútuo entre covariáveis —, a presença de múltiplas variáveis testadas reforça que a interpretação adequada deste achado é de hipótese a ser confirmada, e não de efeito estabelecido. Caso o efeito seja confirmado em estudos futuros com poder adequado, mecanismos plausíveis discutidos na literatura incluem maior senso de autoeficácia em ambientes de saúde, melhor processamento das informações fornecidas pelo profissional e maior disposição para comunicar desconfortos durante o procedimento (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014; EITNER et al., 2006). No presente estudo, apenas 11,1% dos participantes tinham ensino superior completo, enquanto 44,0% tinham escolaridade até ensino médio incompleto, perfil que pode parcialmente explicar a elevada prevalência de ansiedade observada.

Em termos diretamente aplicáveis à prática clínica, o gradiente descritivo traduz o OR em linguagem operacional: participantes com ensino fundamental completo apresentaram escore médio de 16,21 pontos, enquanto os com ensino superior completo apresentaram 12,41 pontos na escala DAS-7 (7–35 pontos) — diferença

absoluta de 3,8 pontos que ultrapassa o limiar de relevância clínica convencionalmente adotado para escalas de ansiedade (2–3 pontos). Para o cirurgião-dentista na triagem, isso significa que escolaridade até o ensino fundamental configura marcador de risco clinicamente acionável: esses pacientes têm probabilidade consideravelmente maior de requerer estratégias proativas de manejo comportamental — comunicação tell-show-do, sinal combinado de interrupção, anestesia tópica, linguagem não catastrofizante — sem necessidade de aguardar a aplicação formal de escala de ansiedade. A escolaridade é, portanto, uma informação já disponível na anamnese rotineira que pode orientar a conduta clínica desde o primeiro contato com o paciente.

7.5 Padrão de utilização dos serviços e ciclo de evitação

O padrão de utilização dos serviços odontológicos dos participantes tem implicações para a compreensão da ansiedade. Na clínica-escola, apenas 15,8% dos participantes frequentavam o dentista regularmente (a cada 6 meses), enquanto 26,5% não recordavam quando havia sido a última consulta. Esses dados indicam que a clínica-escola atende proporção expressiva de pacientes com padrão de consulta irregular ou associado a urgências.

A teoria do ciclo de evitação, revisada por Armfield e Heaton (2013), fornece o modelo teórico mais adequado para interpretar essa associação (ARMFIELD; HEATON, 2013). Pacientes com alta ansiedade tendem a evitar ou postergar consultas; ao retornar ao atendimento, frequentemente apresentam condições bucais mais comprometidas, exigindo procedimentos mais invasivos e prolongados; esses procedimentos, por sua vez, reforçam negativamente o medo e perpetuam o ciclo. No contexto das clínicas-escola, que atendem populações já vulneráveis socioeconômica e educacionalmente, esse ciclo pode ser mais frequente e mais difícil de interromper. Destaca-se que renda e frequência irregular de visitas perderam significância individual no modelo ajustado, sugerindo que seu efeito sobre a ansiedade pode ser mediado, em parte, pela escolaridade — capturada pelo modelo — e por variáveis não mensuradas do ambiente clínico (EITNER et al., 2006; SKARET et al., 2000).

7.6 Ansiedade associada a procedimentos específicos

A anestesia local foi o procedimento mais referido como fonte de incômodo na clínica-escola (26,5%), resultado consistente com a literatura internacional que a identifica como o principal estímulo ansiogênico situacional em odontologia (KLEINKNECHT; KLEPAC; ALEXANDER, 1973; VAN WIJK; HOOGSTRATEN, 2009; MOORE; BRØDSGAARD; BIRN, 1991). Van Wijk e Hoogstraten (2009) demonstraram que a antecipação da dor da injeção — e não necessariamente a dor real — constitui o componente cognitivo de maior impacto na ansiedade associada à anestesia, podendo ser parcialmente atenuada por técnicas de comunicação que reduzam a expectativa de dor (VAN WIJK; HOOGSTRATEN, 2009). Cirurgias (20,9%) e alta rotação (20,5%) figuraram como segundo e terceiro procedimentos mais citados na clínica-escola, em proporções equivalentes. A relevância da alta rotação como estímulo ansiogênico alinha-se ao modelo de condicionamento clássico: o ruído característico do instrumento funciona como estímulo condicionado capaz de evocar respostas de ansiedade mesmo na ausência de dor real (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014; MOORE; BRØDSGAARD; BIRN, 1991).

Na clínica-escola, 26,1% dos participantes relataram não haver procedimento específico que os incomodasse. Esse padrão pode refletir graus variados de habituação ao ambiente clínico, possivelmente relacionados à regularidade das consultas e ao desenvolvimento de vínculo com o profissional de referência, que atenua progressivamente a resposta de ansiedade por extinção gradual (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014; SKARET et al., 2000). A habituação, nesse sentido, funciona como variável mediadora entre regularidade de consultas e menor ansiedade — relação que o modelo transversal do presente estudo não permite testar formalmente, mas que merece investigação longitudinal.

7.7 Implicações clínicas e para a formação em odontologia

Os achados do presente estudo têm implicações práticas para a organização do atendimento e para a formação de cirurgiões-dentistas. No contexto das clínicas-escola, onde a prevalência de ansiedade de grau leve ou superior foi de 50,2%, a incorporação de rastreamento sistemático por instrumento breve — como a DAS ou MDAS — ao protocolo de anamnese pode identificar pacientes que se beneficiariam de estratégias específicas de manejo comportamental antes e durante os procedimentos (APPUKUTTAN, 2016). Essa abordagem tem baixo custo, alto retorno

em termos de qualidade do atendimento e pode ser ensinada sistematicamente no currículo de graduação.

As estratégias de manejo comportamental com evidência de eficácia incluem: comunicação tell-show-do, que reduz a imprevisibilidade do procedimento; estabelecimento de sinal combinado de interrupção (stop signal), que devolve ao paciente a percepção de controle; técnicas de distração cognitiva; uso criterioso de anestesia tópica prévia à injeção; comunicação empática e linguagem não catastrofizante (APPUKUTTAN, 2016; GORDON et al., 2013; WIDE BOMAN et al., 2013). Gordon et al. (2013) demonstraram que mesmo intervenções cognitivo-comportamentais breves — de uma a duas sessões — produzem reduções clinicamente significativas na ansiedade em pacientes com escore moderado (GORDON et al., 2013). Wide Boman et al. (2013), em revisão sistemática, concluíram que a orientação ao paciente sobre o procedimento, combinada com técnicas de relaxamento simples, é de fácil implementação em contexto clínico e apresenta eficácia consistente (WIDE BOMAN et al., 2013).

Para a formação em odontologia, os resultados reforçam a necessidade de incluir conteúdos de psicologia do paciente, comunicação clínica e manejo comportamental da ansiedade no currículo de graduação — não apenas como disciplinas optativas, mas como competências integrais do cirurgião-dentista. A ansiedade odontológica é um determinante direto da qualidade do atendimento: um paciente ansioso e não manejado dificulta a execução técnica, aumenta o tempo operatório e reduz o aprendizado prático do estudante (HMUD; WALSH, 2009; BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014; PANI; ALGHANEM; ALGHANEM, 2013).

7.8 Limitações do estudo

As limitações do presente estudo devem ser explicitadas com transparência para a correta interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, o instrumento utilizado — versão adaptada da DAS com sete itens — não possui validação psicométrica formal para a população brasileira. Embora a DAS-4 original e a MDAS de cinco itens disponham de propriedades psicométricas amplamente documentadas (HUMPHRIS; MORRISON; LINDSAY, 1995; FERREIRA et al., 2017). A versão de sete itens utilizada neste estudo representa uma ampliação sem estudo de confiabilidade e validade específico para amostras brasileiras. Reconhece-se que a existência prévia

de uma versão validada da MDAS para o contexto brasileiro³⁸ tornaria essa última a escolha psicometricamente preferível, e a opção pelo instrumento adaptado neste estudo deve ser entendida como decisão metodológica do projeto original, não como recomendação para estudos futuros — que devem priorizar instrumentos validados para permitir comparações diretas com a literatura nacional e internacional. Acrescente-se que os pontos de corte adotados (7 / 8–14 / 15–21 / 22–28 / ≥ 29) foram definidos por divisão proporcional do escore máximo, abordagem que preserva a estrutura aritmética dos intervalos, mas não garante equivalência clínica com os pontos de corte empíricos da DAS-4 original (≥ 15 para muito ansioso, no intervalo 4–20). Os resultados devem, portanto, ser interpretados com cautela em relação a comparações com estudos que utilizaram instrumentos validados.

Em segundo lugar, a amostragem por conveniência limita a representatividade e a generalização externa dos achados. A amostra é predominantemente composta por pacientes de baixa renda e escolaridade intermediária, refletindo o perfil típico de clínicas-escola ($n=266$). O EPV=33,5 (134 eventos, 4 preditores) indica modelo tecnicamente estável. A amostra final ($n=271$) foi substancialmente inferior à planejada no protocolo aprovado ($n=900$), e o presente trabalho deve, portanto, ser entendido como análise parcial de projeto de pesquisa em curso. A coleta foi conduzida no período de atendimento regular do serviço ao longo de 2025, dentro do cronograma do TCC, e prosseguirá sob o protocolo aprovado para complementação amostral em fases subsequentes do projeto. As estimativas aqui reportadas são, portanto, preliminares e podem ser revistas com a ampliação da amostra.

Em terceiro lugar, a amostragem por conveniência consecutiva e a ausência de registro sistemático de taxas de recusa impedem a avaliação direta de viés de não-resposta. Pacientes com ansiedade extrema podem evitar consultas e, portanto, estar sub-representados na amostra — efeito que tende a subestimar a prevalência real de ansiedade odontológica.

Em quarto lugar, o delineamento transversal impede qualquer inferência causal. Não é possível determinar, com os dados disponíveis, se a maior ansiedade na clínica-escola é causa ou consequência do perfil dos pacientes que a frequentam, nem estabelecer a direção das associações identificadas. Variáveis importantes não foram mensuradas: história de experiências odontológicas negativas pregressas, presença

de transtornos de ansiedade comórbidos, tempo de espera antes do atendimento e qualidade da comunicação do operador — todas com relação documentada com a ansiedade odontológica (BEATON; FREEMAN; HUMPHRIS, 2014; LOCKER; POULTON; THOMSON, 2001; BRAHM et al., 2012). O Pseudo R^2 de McFadden de 0,029 do modelo multivariado confirma que as variáveis disponíveis explicam apenas fração modesta da variância nos escores, evidenciando que os principais determinantes da ansiedade permanecem não capturados pelo modelo. Ressalte-se, contudo, que a robustez da associação da escolaridade em quatro cenários de sensibilidade independentes indica que o achado principal do estudo não depende do poder explicativo global do modelo — ele persiste independentemente da especificação adotada, o que é precisamente o argumento de validade mais sólido disponível ante um R^2 modesto.

Finalmente, a variável frequência de visitas ao dentista foi tratada como ordinal, embora a categoria "não me lembro" — que correspondeu a 26,5% dos participantes da clínica-escola — não represente uma periodicidade objetiva e não tenha posição natural em uma escala ordinal de regularidade. Essa codificação aproximada constitui defeito metodológico relevante, não apenas limitação interpretativa: viola o pressuposto de linearidade do logito para essa covariável e pode ter atenuado o poder preditivo dessa variável no modelo multivariado, contribuindo para sua não-significância individual após ajuste para as demais covariáveis. Análises de sensibilidade tratando essa categoria como missing ou recategorizando a variável como nominal (com dummies) foram realizadas como parte desta revisão. Na primeira análise de sensibilidade (S1), os 61 participantes que responderam "não me lembro" foram excluídos como dados ausentes, reduzindo o n do modelo para 209. Na segunda (S2), a frequência foi recodificada como variável categórica nominal com quatro dummies (referência: a cada 6 meses). Os resultados foram qualitativamente consistentes em todos os cenários: a escolaridade manteve-se significativa em S1 ($OR=0,76$; $IC95\%$: 0,61–0,94; $p=0,011$) e limítrofe em S2 ($OR=0,81$; $IC95\%$: 0,67–1,00; $p=0,034$); e nenhuma categoria individual de frequência de visitas atingiu significância quando tratada como dummy (todos $p>0,35$). O Pseudo R^2 variou de 0,029 a 0,055 entre os modelos. Esses achados indicam que a forma de codificação da frequência de visitas não altera as conclusões substantivas do estudo, embora o

defeito de codificação permaneça como limitação metodológica relevante a ser evitada em estudos futuros.

8 CONCLUSÃO

Com base nos resultados do presente estudo, pode-se concluir que:

- A prevalência de ansiedade leve ou superior na clínica-escola foi de 50,2% (136/271), com escore médio de $14,34 \pm 5,51$ e mediana de 15,0;
- Na análise multivariada ($n=266$), a escolaridade foi o único preditor individualmente significativo (OR ajustado=0,79; IC95%: 0,65–0,95; $p=0,011$), com IC95% que exclui o valor nulo — achado confirmado em todos os cenários de sensibilidade testados (p entre 0,003 e 0,034). Sexo, renda e frequência de visitas não atingiram significância. O Pseudo $R^2=0,029$ — valor consistente com o esperado para modelos transversais com covariáveis exclusivamente socioeconômicas — indica que os determinantes primários da ansiedade nesta amostra (experiências pregressas, fatores cognitivos, variáveis do ambiente clínico) não foram capturados pelas variáveis disponíveis;
-
- Descritivamente, "levemente ansioso" foi a categoria predominante (41,3%), seguida de "muito pouco ansioso" (31,7%); apenas 2 participantes (0,7%) atingiram a categoria extremamente ansioso;
- Anestesia (26,5%) foi o procedimento mais referido como fonte de ansiedade, seguida por cirurgias (20,9%) e alta rotação (20,5%) em proporções equivalentes;
- Em síntese, a escolaridade foi o principal fator socioeconômico associado à ansiedade odontológica nesta amostra, com efeito protetor progressivo e robusto à análise de sensibilidade. O baixo Pseudo R^2 (0,029), esperado para este tipo de modelo, indica que os determinantes primários da ansiedade odontológica — experiências clínicas pregressas, variáveis cognitivas e do ambiente de atendimento — não foram capturados pelas variáveis socioeconômicas e comportamentais disponíveis, apontando para a necessidade de estudos futuros com escopo mais amplo de covariáveis;

- Estudos com amostras equilibradas, instrumentos validados, análise de variáveis do ambiente clínico (tempo operatório, comunicação, experiências pregressas) e delineamento longitudinal são necessários para aprofundar a compreensão dos mecanismos subjacentes.

REFERÊNCIAS

- ACHARYA, S. Factors affecting dental anxiety and beliefs in an Indian population. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 6, n. 1, p. 3-9, 2008.
- AGUILERA-GALAVIZ, L. A. et al. Dental anxiety behavior and expectations of patients seeking dental care. **Journal of Clinical and Experimental Dentistry**, v. 11, n. 4, p. e324-e329, 2019.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**: DSM-5. 5. ed. Washington: APA, 2013.
- APPUKUTTAN, D. P. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. **Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry**, v. 8, p. 35-50, 2016.
- ARMFIELD, J. M.; HEATON, L. J. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. **Australian Dental Journal**, v. 58, n. 4, p. 390-407, 2013.
- BEATON, L.; FREEMAN, R.; HUMPHRIS, G. Why are people afraid of the dentist? Observations and explanations. **Medical Principles and Practice**, v. 23, n. 4, p. 295-301, 2014.
- BOTTAN, E. R.; ARAÚJO, S. M.; SILVEIRA, E. G. Ansiedade ao tratamento odontológico: estudo com universitários. **RSBO**, v. 4, n. 1, p. 17-22, 2007.
- BRAHM, C. O. et al. Dentists' views on fearful patients: problems and promises. **European Journal of Oral Sciences**, v. 120, n. 5, p. 440-446, 2012.
- CORAH, N. L. Development of a dental anxiety scale. **Journal of Dental Research**, v. 48, n. 4, p. 596, 1969.
- CREGO, A. et al. Applying the cognitive vulnerability and stress model to examine the relationship between dental anxiety and dental caries. **European Journal of Oral Sciences**, v. 121, n. 5, p. 443-448, 2013.
- DOERR, P. A. et al. Factors associated with dental anxiety. **Journal of the American Dental Association**, v. 129, n. 8, p. 1111-1119, 1998.
- EITNER, S. et al. Dental anxiety: an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. **Journal of Oral Rehabilitation**, v. 33, n. 8, p. 588-593, 2006.
- FERREIRA, M. C. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Modified Dental Anxiety Scale in a Brazilian population. **Oral Health & Preventive Dentistry**, v. 15, n. 2, p. 175-183, 2017.
- GATCHEL, R. J. The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. **Journal of the American Dental Association**, v. 118, n. 5, p. 591-593, 1989.
- GOETTEMES, M. L. et al. Influence of maternal dental anxiety on oral health-related quality of life of preschool children. **Quality of Life Research**, v. 20, n. 6, p. 951-959, 2011.
- GORDON, D. et al. A critical review of approaches to the treatment of dental anxiety in adults. **Journal of Anxiety Disorders**, v. 27, n. 4, p. 365-378, 2013.
- HÄGGLIN, C. et al. Dental anxiety among middle-aged and elderly women in Sweden. **Gerodontology**, v. 13, n. 1, p. 25-34, 1996.

- HÄGGLIN, C. et al. Factors associated with dental anxiety and attendance in middle-aged and elderly women. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 28, n. 6, p. 451-460, 2000.
- HAKEBERG, M.; BERGGREN, U.; CARLSSON, S. G. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 20, n. 2, p. 97-101, 1992.
- HMUD, R.; WALSH, L. J. Dental anxiety: causes, complications and management approaches. **Journal of Minimally Invasive Dentistry**, v. 2, n. 1, p. 67-78, 2009.
- HUMPHRIS, G. M.; MORRISON, T.; LINDSAY, S. J. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. **Community Dental Health**, v. 12, n. 3, p. 143-150, 1995.
- KANEGANE, K. et al. Ansiedade ao tratamento odontológico no atendimento de rotina. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v. 54, n. 2, p. 111-114, 2006.
- KLEINKNECHT, R. A.; KLEPAC, R. K.; ALEXANDER, L. D. Origins and characteristics of fear of dentistry. **Journal of the American Dental Association**, v. 86, n. 4, p. 842-848, 1973.
- KLEINKNECHT, R. A.; BERNSTEIN, D. A. The assessment of dental fear. **Behavior Therapy**, v. 9, n. 4, p. 626-634, 1978.
- KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 17, n. 6, p. 391-406, 2007.
- LOCKER, D. et al. Age of onset of dental anxiety. **Journal of Dental Research**, v. 78, n. 3, p. 790-796, 1999.
- LOCKER, D.; POULTON, R.; THOMSON, W. M. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 29, n. 6, p. 456-463, 2001.
- MALVANIA, E. A. et al. Dental anxiety among adult patients attending government dental college and private dental practice: a comparative study. **International Journal of Dentistry**, v. 2021, p. 9977350, 2021.
- MARKS, I. M. **Fears, phobias, and rituals**. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- MCGRATH, C.; BEDI, R. The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 32, n. 1, p. 67-72, 2004.
- MOORE, R.; BRØDSGAARD, I.; BIRN, H. Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. **Behaviour Research and Therapy**, v. 29, n. 1, p. 51-60, 1991.
- NEWTON, J. T.; BUCK, D. J. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. **Journal of the American Dental Association**, v. 131, n. 10, p. 1449-1457, 2000.
- OOSTERINK, F. M. D.; DE JONGH, A.; AARTMAN, I. H. What are people afraid of during dental treatment? **European Journal of Oral Sciences**, v. 116, n. 1, p. 44-51, 2008.

- OOSTERINK, F. M. D.; DE JONGH, A.; HOOGSTRATEN, J. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. **European Journal of Oral Sciences**, v. 117, n. 2, p. 135-143, 2009.
- PANI, S. C.; ALGHANEM, A. M.; ALGHANEM, S. M. Dental anxiety in patients treated by senior dental students and their faculty supervisors. **Journal of Dental Education**, v. 77, n. 9, p. 1165-1171, 2013.
- POHJOLA, V. et al. Association between dental fear and dental attendance among adults in Finland. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 65, n. 4, p. 224-230, 2007.
- RODRIGUES, M. H. et al. Dental anxiety in patients at a public dental school: prevalence and associated factors. **Journal of Contemporary Dental Practice**, v. 21, n. 7, p. 802-807, 2020.
- SANTOS, M. B. F. et al. Dental anxiety among adult patients seeking emergency treatment: a cross-sectional study. **Clinical Oral Investigations**, v. 24, n. 11, p. 3849-3855, 2020.
- SCHULLER, A. A.; WILLUMSEN, T.; HOLST, D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 31, n. 2, p. 116-121, 2003.
- SKARET, E. et al. Factors related to missed and cancelled dental appointments among adolescents in Norway. **European Journal of Oral Sciences**, v. 108, n. 3, p. 175-183, 2000.
- STOUTHARD, M. E.; HOOGSTRATEN, J. Prevalence of dental anxiety in the Netherlands. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 18, n. 3, p. 139-142, 1990.
- VAN WIJK, A. J.; HOOGSTRATEN, J. Anxiety and pain during dental injections. **Journal of Dentistry**, v. 37, n. 9, p. 700-704, 2009.
- WIDE BOMAN, U. et al. Psychological treatment of dental anxiety among adults: a systematic review. **European Journal of Oral Sciences**, v. 121, n. 3, p. 225-234, 2013.

ANEXOS

ANEXO 1. Parecer do Comitê de Ética

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO GRAU DE ANSIEDADE DE PACIENTES ATENDIDOS NA CLÍNICA-ESCOLA DE ODONTOLOGIA DE UMA UNIVERSIDADE E DE UMA CLÍNICA ODONTOLÓGICA PARTICULAR

Pesquisador: Claudio Maranhão Pereira

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 86490225.1.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.478.628

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como objetivo avaliar a ansiedade odontológica em pacientes atendidos em dois contextos distintos: uma clínica-escola de odontologia e uma clínica particular. Trata-se de um estudo observacional, transversal e quantitativo, com amostra de conveniência composta por 900 participantes, sendo 600 da clínica-escola e 300 da clínica particular. Critérios de inclusão: participantes com idade entre 18 e 60 anos, que concordarem em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e estiverem em condições físicas e mentais para responder aos questionários. Os dados serão coletados por meio de um questionário sociodemográfico e da Dental Anxiety Scale (DAS), uma escala validada para mensuração da ansiedade odontológica. A coleta ocorrerá em ambiente reservado para garantir privacidade, sendo conduzida por um pesquisador treinado. Os dados serão analisados estatisticamente utilizando o software SPSS.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o grau de ansiedade de pacientes atendidos em uma clínica-escola de odontologia e em uma clínica odontológica particular, buscando compreender as diferenças entre os dois

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Risco

Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

Continuação do Parecer: 7.478.628

Esta pesquisa apresenta risco baixo. Ao responder um questionário os participantes poderão ter algum desconforto emocional ou constrangimento. Caso ocorra, será assegurada assistência imediata e gratuita para danos diretos ou indiretos. A participação é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento sem prejuízo ao tratamento odontológico. Para minimizar riscos, o anonimato será garantido, preservando o sigilo dos dados.

Benefício

Foi considerado a melhoria na qualidade do atendimento e redução da ansiedade dos pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo observacional e quantitativo com o objetivo de avaliar a ansiedade odontológica em pacientes de clínica-escola e clínica particular, utilizando amostra de conveniência e instrumentos validados, atende a todas as questões éticas avaliadas, avaliar a ansiedade odontológica em pacientes de clínica-escola e clínica particular, utilizando amostra de conveniência e instrumentos validados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam na plataforma todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foi encontrado nenhum óbice ético na presente pesquisa, portanto considera-se APROVADA.

Considerações Finais a critério do CEP:

INFORMAÇÕES AO PESQUISADOR REFERENTE À APROVAÇÃO DO REFERIDO PROTOCOLO:

1. A aprovação deste, conferida pelo CEP PUC Goiás, não isenta o Pesquisador de prestar satisfação sobre sua pesquisa em casos de alterações metodológicas, principalmente no que se refere à população de estudo ou centros participantes/coparticipantes.
2. O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP PUC Goiás, via Plataforma Brasil, relatórios semestrais do andamento do protocolo aprovado, quando do encerramento, as

Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS**



Continuação do Parecer: 7.478.628

conclusões e publicações. O não cumprimento deste poderá acarretar em suspensão do estudo.

3. O CEP PUC Goiás poderá realizar escolha aleatória de protocolo de pesquisa aprovado para verificação do cumprimento das resoluções pertinentes.

4. Cabe ao pesquisador cumprir com o preconizado pelas Resoluções pertinentes à proposta de pesquisa aprovada, garantindo seguimento fiel ao protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_2482303.pdf	18/03/2025 13:53:05		Aceito
Outros	CARTARESPPOSTAPENDENCIASNOVA.pdf	18/03/2025 13:52:51	Claudio Maranhão Pereira	Aceito
Outros	coparticipante.pdf	18/03/2025 13:52:30	Claudio Maranhão Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOANSIEDADE.pdf	10/03/2025 17:06:41	Claudio Maranhão Pereira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/03/2025 17:04:58	Claudio Maranhão Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFINAL.pdf	10/03/2025 17:03:51	Claudio Maranhão Pereira	Aceito
Outros	Curriculo.pdf	16/02/2025 10:40:36	Claudio Maranhão Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folhorosto.pdf	21/01/2025 12:54:16	Claudio Maranhão Pereira	Aceito
Declaração de concordância	ANUENCIA.pdf	07/01/2025 09:34:35	Claudio Maranhão Pereira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	RESPONSABILIDADE.pdf	07/01/2025 09:34:27	Claudio Maranhão Pereira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/01/2025 09:34:17	Claudio Maranhão Pereira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: Avenida Universitária, 1069, Área IV, Bloco D, sl 2 Prédio da Reitoria, 1º andar, Pró-Reitoria de Pós-Graduação
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIÂNIA
Telefone: (62)3946-1512 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



Continuação do Parecer: 7.478.628

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

GOIANIA, 31 de Março de 2025

Assinado por:
Vania Rodriguez
(Coordenador(a))

ANEXO II. Questionário.

Formulário de Identificação

Identificação:

Data: ____/____/____

Nome: _____

1. Sexo:

(1) masculino (2) feminino

2. Idade:

(1) 18 a 24 anos (2) 25 a 34 anos (3) 35 a 44 anos
(4) 45 a 54 anos (5) 55 a 64 anos (6) 65 ou mais anos

3. Renda mensal familiar (em salários mínimos):

(1) <1 (2) 1 a 3 (3) 3 a 5 (4) 5 ou mais

4. Grau de instrução:

(0) analfabeto (1) 1º grau incompleto (2) 1º grau completo
(3) 2º grau incompleto (4) 2º grau completo (5) superior incompleto
(6) superior completo

5. Com que frequência você vai ao dentista?

(1) a cada 6 meses (2) não me lembro (3) 1 vez por ano
(4) somente quando tenho dor (5) 1 vez cada 2 anos

6. Durante os procedimentos odontológicos, qual mais lhe incomoda?

(1) Alta rotação (Turbina)
(2) Anestesia
(3) Cirurgias
(4) Nenhum
(5) Outro: _____

Questionário de Identificação do grau de ansiedade

Se você tivesse que ir ao dentista amanhã, como se sentiria?

1. Tudo bem, não me importaria.
2. Ficaria ligeiramente preocupado.
3. Sentiria um maior desconforto
4. Estaria com medo do que poderá acontecer.
5. Ficaria muito apreensivo, não iria nem dormir direito.

Quando se encontra na sala de espera do ambulatório, esperando ser chamado pelo dentista, como se sente?

1. Tranquilo, relaxado.

2. Um pouco desconfortável.
3. Tenso.
4. Ansioso ou com medo.
5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal.

Se estivesse sentado na cadeira odontológica e o dentista estivesse prestes usar a broca em seu dente, como se sentiria?

1. Tranquilo, relaxado.
2. Um pouco desconfortável.
3. Tenso.
4. Ansioso ou com medo.
5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal

Se estivesse sentado na cadeira odontológica e o dentista estivesse prestes a lhe fazer uma raspagem e polimento (limpeza), como se sentiria?

1. Tranquilo, relaxado.
2. Um pouco desconfortável.
3. Tenso.
4. Ansioso ou com medo.
5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal

Se estivesse sentado na cadeira odontológica e o dentista estivesse prestes a lhe fazer uma exodontia (extração), como se sentiria?

1. Tranquilo, relaxado.
2. Um pouco desconfortável.
3. Tenso.
4. Ansioso ou com medo.
5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal

Se estivesse sentado na cadeira odontológica e o dentista estivesse prestes a lhe aplicar uma anestesia local, como se sentiria?

1. Tranquilo, relaxado.
2. Um pouco desconfortável.
3. Tenso.
4. Ansioso ou com medo.
5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal

Você está na cadeira do dentista, já anestesiado. Enquanto aguarda o dentista pegar os instrumentos para iniciar o procedimento, como se sente?

1. Tranquilo, relaxado.
2. Um pouco desconfortável.
3. Tenso.
4. Ansioso ou com medo.
5. Tão ansioso ou com medo que começo a suar e me sentir mal

ANEXO III. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), do Projeto de Pesquisa sob o título **PREVALÊNCIA E FATORES SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS À ANSIEDADE ODONTOLÓGICA EM PACIENTES DE UMA CLÍNICA-ESCOLA UNIVERSITÁRIA**. Meu nome é CLAUDIO MARANHÃO PEREIRA, sou PROFESSOR DE ODONTOLOGIA DA PUC-GOÍÁS. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, este documento deverá ser assinado em todas as folhas e em duas vias, sendo a primeira de guarda e confidencialidade do pesquisador responsável e a segunda ficará sob sua responsabilidade para quaisquer fins.

Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o pesquisador responsável através do número 39461799, ligações a cobrar (se necessárias) ou através do e-mail claudiopereira@pucgoias.edu.br. Residente na R. 235, 722 - Setor Leste Universitário, Goiânia - GO, 74605-050. Em caso de dúvida **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da PUC Goiás, telefone: (62) 3946-1512, localizado na Avenida Universitária, N° 1069, St. Universitário, Goiânia/GO. Funcionamento: das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas de segunda a sexta-feira. E-mail: cep@pucgoias.edu.br

O CEP é uma instância vinculada à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) que por sua vez é subordinada ao Ministério da Saúde (MS). O CEP é responsável por realizar a análise ética de projetos de pesquisa, sendo aprovado aquele que segue os princípios estabelecidos pelas resoluções, normativas e complementares.

Pesquisador:

Este estudo busca investigar a prevalência de ansiedade odontológica e os fatores socioeconômicos a ela associados em pacientes atendidos na clínica-escola de odontologia da PUC Goiás. A compreensão desses fatores permitirá identificar estratégias modificáveis para melhorar o manejo da ansiedade no contexto universitário.

Tem por objetivo investigar a prevalência de ansiedade odontológica e os fatores socioeconômicos associados em pacientes adultos de 18 a 60 anos atendidos na clínica-escola de odontologia da PUC Goiás.

O procedimento de coleta de dados será um questionário estruturado, composto por perguntas objetivas. A coleta de dados será realizada de forma presencial. O questionário será aplicado de forma individual de forma que ofereça o maior conforto ao paciente.

Riscos: A presente pesquisa é de risco baixo. Os indivíduos da pesquisa responderão a um questionário referente ao perfil sociodemográfico e ao grau de ansiedade odontológica frente a situações clínicas. O preenchimento do questionário poderá causar algum desconforto ou constrangimento aos participantes do estudo. Assim, pode vir a acarretar transtornos emocionais ou desconfortos em decorrência de sua participação. Se você sentir qualquer desconforto é assegurado assistência imediata e integral de forma gratuita, para danos diretos e indiretos, imediatos ou tardios de qualquer natureza para dirimir possíveis intercorrências em consequência de sua participação na pesquisa. Caso você queira desistir de participar da pesquisa você poderá requerer a suspensão imediata de sua participação sem qualquer prejuízo do tratamento odontológico que estiver sendo submetido. Para evitar e/ou reduzir os riscos de sua participação e com o intuito de minimizá-los, a participação será voluntária e o anonimato será resguardado, garantindo o sigilo dos dados.

Benefícios: melhoria na qualidade do atendimento e redução da ansiedade dos pacientes.

Não há necessidade de identificação, ficando assegurados o sigilo e a privacidade. Caso você se sinta desconfortável por qualquer motivo, poderemos interromper a entrevista a qualquer momento e esta decisão não produzirá qualquer penalização ou prejuízo.

Você poderá solicitar a retirada de seus dados coletados na pesquisa a qualquer momento, deixando de participar deste estudo, sem prejuízo. Os dados coletados serão guardados por, no mínimo, 5 anos e, após esse período os dados serão deletados. Se você sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito a pleitear indenização.

Após o final da pesquisa todos os resultados serão disponibilizados aos participantes assim como publicados em periódicos especializados na área.

Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira por sua participação neste estudo, mas caso tenha algum gasto decorrente do mesmo este será ressarcido pelo pesquisador responsável. Adicionalmente, em qualquer etapa do estudo você terá acesso ao pesquisador responsável pela pesquisa para esclarecimentos de eventuais dúvidas.

Declaração do Pesquisador

O pesquisador responsável por este estudo e sua equipe de pesquisa declara que cumprirão com todas as informações acima; que você terá acesso, se necessário, a assistência integral e gratuita por danos diretos e indiretos oriundos, imediatos ou tardios devido a sua participação neste estudo; que toda informação será absolutamente confidencial e sigilosa; que sua desistência em participar deste estudo não lhe trará quaisquer penalizações; que será devidamente ressarcido em caso de custos para participar desta pesquisa; e que acatarão decisões judiciais que possam suceder.

Declaração do Participante

Eu,____, abaixo assinado, discuti com a CLAUDIO MARANHÃO PEREIRA e/ou sua equipe sobre a minha decisão em participar como voluntário (a) do estudo **PREVALÊNCIA E FATORES SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS À ANSIEDADE ODONTOLÓGICA EM PACIENTES DE UMA CLÍNICA-ESCOLA UNIVERSITÁRIA**. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia integral e gratuita por danos diretos, imediatos ou tardios, quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Goiânia, _____, de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador