



Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

www.elsevier.pt/spemd



Investigação original

Contágio emocional de ansiedade encarregado de educação/criança em odontopediatria



Nádia Martins* e Maria do Rosário Dias

Centro de Investigação Multidisciplinar em Psicologia da Saúde Egas Moniz, Almada, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 23 de setembro de 2015

Aceite a 23 de dezembro de 2015

On-line a 11 de maio de 2016

Palavras-chave:

Odontopediatria

Ansiedade dentária

Psicologia infantil

Pais

Criança em idade pré-escolar

R E S U M O

Objetivo: Avaliar a existência de contágio emocional de ansiedade no par relacional encarregado de educação/criança.

Métodos: Foram inquiridas 41 crianças (3-6 anos) e respetivos encarregados de educação, que compareceram a uma consulta de odontopediatria da Clínica Dentária Universitária Egas Moniz, com o recurso à aplicação de um questionário demográfico e de 2 instrumentos de medição de ansiedade, específicos de contextos de consultas médico-dentárias; o Venham Picture Test modificado (crianças) e a versão portuguesa da Modified Dental Anxiety Scale (encarregados de educação). Os dados obtidos foram submetidos a análise estatística na versão 21 do Statistical Package for the Social Sciences, nomeadamente recorrendo aos testes de Spearman's Roh, Shapiro-Wilk e Mann-Whitney, considerando-se um nível de significância de 0,05.

Resultados: Constatamos que não existe uma correlação significativa entre a ansiedade vivenciada pelos EE e a ansiedade manifestada pelas crianças, sendo a maioria das crianças consideradas como livres de ansiedade (56,1%) e a maioria dos encarregados de educação considerada como moderadamente ansiosa (56,1%). No mesmo registo, assinalamos o facto das crianças, em ambos os grupos, se manifestarem ligeiramente mais ansiosas nas consultas de controlo.

Conclusão: Apesar de não se verificar a existência de contágio emocional para a amostra estudada, é inegável a existência da problemática da ansiedade, nomeadamente quando equacionada no âmbito de consultas de medicina dentária.

© 2016 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: nadialmartins@hotmail.com (N. Martins).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.12.006>

1646-2890/© 2016 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Emotional contagion of anxiety carer - Child in pediatric dentistry**A B S T R A C T****Keywords:**

Pediatric Dentistry
Dental Anxiety
Child Psychology
Parents
Child preschool

Objective: To evaluate the Emotional Contagion of Anxiety existence between carers and their children.

Methods: 41 children (ages from 3 to 6) that were present in Paediatric Dentistry appointments at Clínica Dentária Universitária Egas Moniz and their respective carers were surveyed, using a demographic questionnaire and two instruments to measure the anxiety suffered in dental appointment settings; Modified Venham Picture Test (children) and the Portuguese Version of Modified Dental Anxiety Scale (carers). The data obtained were submitted to analysis with the 21st version of Statistical package for the Social Sciences, specifically recurring to, Spearman's Roh, Shapiro-Wilk e Mann-Whitney Tests, being considered a 0.05 level of significance.

Results: No significant correlation was found between the anxiety suffered by the children and the anxiety suffered by the carers with most of the children in the study (56.1%) considered free of anxiety and most of the carers in the study considered as moderately anxious (56.1%). On the same record we point the fact that children manifest slightly more anxious in follow-up appointments.

Conclusion: Even though no Emotional Anxiety Contagion was found on the studied sample, it is undeniable that the anxiety exists, especially in a Dentistry appointment setting.

© 2016 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A ansiedade manifestada pelas crianças na consulta de odontopediatria é uma problemática com que os médicos dentistas se deparam frequentemente, constituindo-se como uma relevante barreira na prática clínica¹⁻³, sendo reconhecida como o principal impulsor de comportamentos não colaborantes⁴, relevando-se em crianças de idade pré-escolar como um dos problemas mais observáveis^{3,5}. Neste sentido, o sucesso do tratamento no *setting* terapêutico parece estar relacionado com a capacidade do médico dentista lidar com as questões afetivo-emocionais do paciente^{6,7}. Por outro lado, configurando-se a ansiedade como uma problemática de etiologia multifatorial enfatizamos no presente artigo a emergência do contágio emocional no contexto da diáde-relacional, encarregado de educação (EE)/criança.

A aprendizagem adaptativa é feita através da observação do ambiente envolvente^{6,8}, assim, as crianças imitam frequentemente os seus familiares e pares internalizando os seus hábitos. Neste sentido, a vivência de medos e/ou reações adversas relativamente à medicina dentária, podem induzir na criança a preconceção de que «o dentista deve ser evitado»⁹⁻¹¹.

A ansiedade consiste na resposta a uma situação não-imediata^{2,9,12-15}, que causa apreensão, desconforto e cria expectativas negativas ao doente^{12,14,16}. O contágio emocional envolve uma tendência para imitar e sincronizar automaticamente expressões, vocalizações, posturas e movimentos com o outro, confluindo emocionalmente¹⁷⁻²¹.

A relação entre a ansiedade das crianças e das mães foi comprovada em múltiplos estudos^{8-10,13,15,22-26}, principalmente em crianças em idade pré-escolar^{6,7,15,23,27}, por

serem, naturalmente, mais dependentes das figuras parentais femininas¹⁵.

Numa investigação anterior, foram aplicadas: a Frankl Behaviour Scale, a 119 crianças entre os 5-16 anos, e a Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) aos pais, e os resultados denunciaram que a ansiedade parental influenciava significativamente o comportamento da criança na consulta²⁴. Em contradição, um outro estudo que consistiu na aplicação do Venham Picture Test (VPT) modificado, ainda na sala de espera e, posteriormente, na avaliação do comportamento da criança no *setting* de consulta com recurso à Frankl Behaviour Scale, a 50 crianças entre os 4-9 anos, bem como na aplicação da Dental Anxiety Scale aos respetivos EE, revelou que 47,83% das crianças entre os 4-6 anos e 55,56% dos sujeitos entre os 7-9 anos foram consideradas livres de ansiedade, e 98% dos pais avaliados obtiveram pontuações equivalentes a níveis baixos/moderados de ansiedade. Contudo, este estudo, apesar de identificar uma relação entre os níveis de ansiedade infantil e a cooperação da criança na consulta, não parece denunciar uma relação linear entre a ansiedade dos pais e a ansiedade das crianças⁷.

Assim, na presente investigação, constitui-se como questão principal o facto de se saber até que ponto a ansiedade do EE pode influenciar a ansiedade infantil na consulta odontopediátrica.

Pretendemos, assim, averiguar se existe uma relação entre ansiedade do EE e das crianças (3-6 A), que acederam a uma consulta de odontopediatria na Clínica Dentária Universitária Egas Moniz (CDUEM), testando, neste sentido, a hipótese da existência de contágio emocional entre as crianças e os seus EE. Avaliamos, também, a relação entre a ansiedade da criança e o género, a ansiedade da criança e a idade, a ansiedade do EE e o género e a ansiedade da

criança, numa consulta de primeira vez vs. consulta de controlo.

Materiais e métodos

A presente investigação emoldura-se num estudo clínico de natureza transversal, efetuado com o recurso a instrumentos previamente validados – versão portuguesa da MDAS e VPT modificado – e de um questionário demográfico.

O VPT modificado é composto por 4 personagens (uma para cada 8 pares de figuras), 2 meninos e 2 meninas, de etnia branca e negra^{6,7}. Cada conjunto de 8 pares de figuras apresenta várias reações emocionais e a criança deverá escolher, em cada par, aquela que melhor reflete as suas emoções. À figura reveladora de um sentimento negativo é atribuído um ponto e à figura representativa de um sentimento positivo não é atribuída pontuação, obtendo-se, no final, uma pontuação entre 0 (criança livre de ansiedade) e 8 pontos^{2,6,14}.

A MDAS é um questionário de autoanálise, convidando-se o sujeito a avaliar o seu nível de ansiedade de acordo com 5 situações-tipo no âmbito da medicina dentária (v. g. consulta no dia seguinte, sala de espera, consulta de destarização, preparo cavitário e anestesia local)²⁸. Para cada uma das situações são propostas 5 opções de resposta, que vão desde nada ansioso (à qual é atribuído um ponto) a extremamente ansioso (à qual são atribuídos 5 pontos). No final, somam-se as pontuações das 5 questões e obtém-se um valor entre 5-25; valores superiores a 20 subentendem níveis fóbicos de ansiedade.

Optou-se pela MDAS por ser um instrumento confiável e validado^{28,29}, inclusivamente na sua versão portuguesa³⁰. Recorreu-se ao VPT modificado por ser um instrumento recente, validado, adaptado à população em idade pré-escolar e visualmente mais atrativo que o VPT original³¹. Finalmente, realça-se a importância da escolha de instrumentos que medem especificamente a ansiedade médico-dentária e não em contextos generalistas.

Após a aprovação do estudo por parte da Comissão de Ética da Egas Moniz-CES/CRL, foram inquiridas 41 crianças (3-6 A) e os respetivos EE. Para a seleção da amostra foram utilizados como critérios de inclusão: crianças com idades entre os 3-6 anos, que compareçam à consulta de odontopediatria da CDUEM, sem denunciarem necessidades especiais e devidamente acompanhadas por um adulto; como critérios de exclusão, EE iletrados e, como tal, impossibilitados de preencher o questionário demográfico e/ou a MDAS.

Aos EE foi pedido que preenchessem o questionário demográfico e respondessem às 5 questões que constituem a MDAS. Seguidamente, foi apresentado à criança o VPT modificado (com a figura adaptada à sua etnia e género), pedindo-lhe que escolhesse, em cada par, a figura mais próxima das emoções que estava a sentir naquele momento. O questionário demográfico inquiria os EE sobre a sua idade e género, bem como sobre a idade e género da criança que acompanhavam.

Os dados obtidos foram inseridos na base de dados e submetidos a análise estatística na versão 21 do Statistical Package for the Social Sciences (IBM® SPSS®), nomeadamente recorrendo aos testes de Spearman's Roh, Shapiro-Wilk e

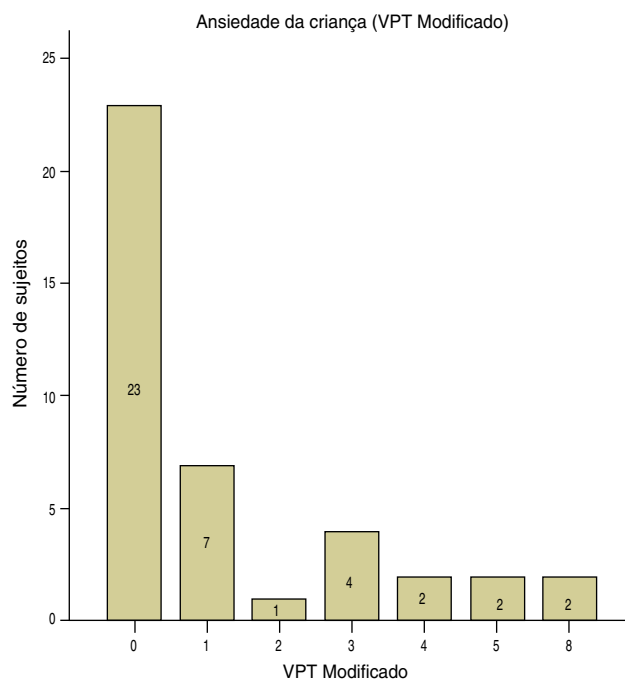


Figura 1 – Distribuição do n.º de sujeitos em relação aos valores de VPT modificado.

Mann-Whitney, considerando-se um nível de significância de 0,05.

Resultados

A média de idades das crianças foi de 4,9 anos, 22 meninos (53,7%) e 19 meninas (46,3%); 19 crianças (46,3%) compareceram a uma consulta de primeira vez e 22 crianças (53,7%) a consultas de controlo. Relativamente aos EE, a idade média foi de 38,9 anos, sendo 73,2% dos sujeitos do género feminino e 26,8% do género masculino. Os valores obtidos com recurso ao VPT modificado são apresentados nas [figuras 1 e 2](#).

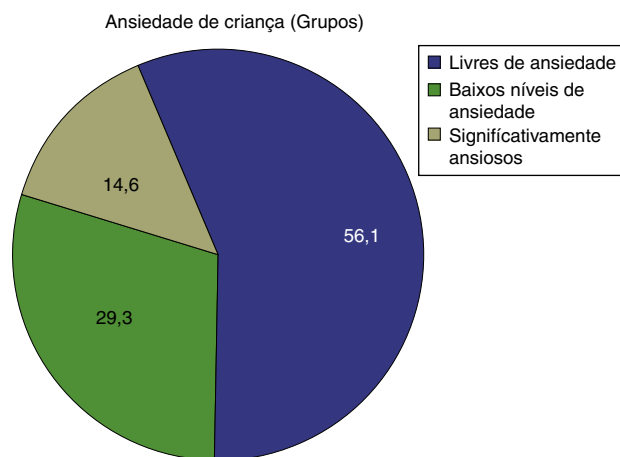
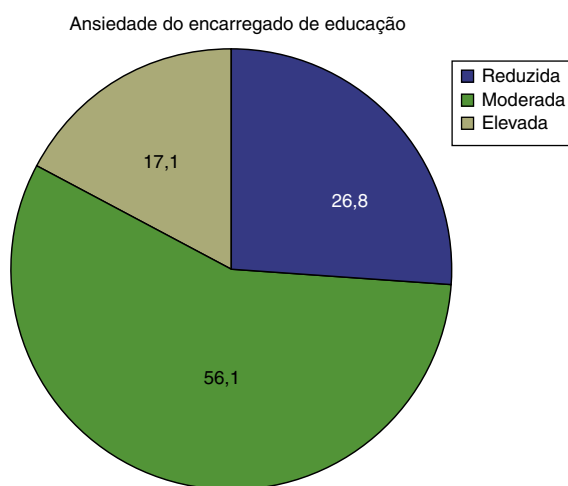


Figura 2 – Distribuição da ansiedade da criança por grupos (livres de ansiedade: 0 pontos; ansiedade reduzida: 1-3 pontos; significativamente ansiosos: 4-8 pontos).

Tabela 1 – Distribuição dos valores de MDAS

MDAS	N.º de sujeitos	Porcentagem
5	3	7,3
6	4	9,8
7	5	12,2
8	4	9,8
9	2	4,9
10	8	19,5
11	3	7,3
14	5	12,2
17	5	12,2
20	1	2,4
22	1	2,4

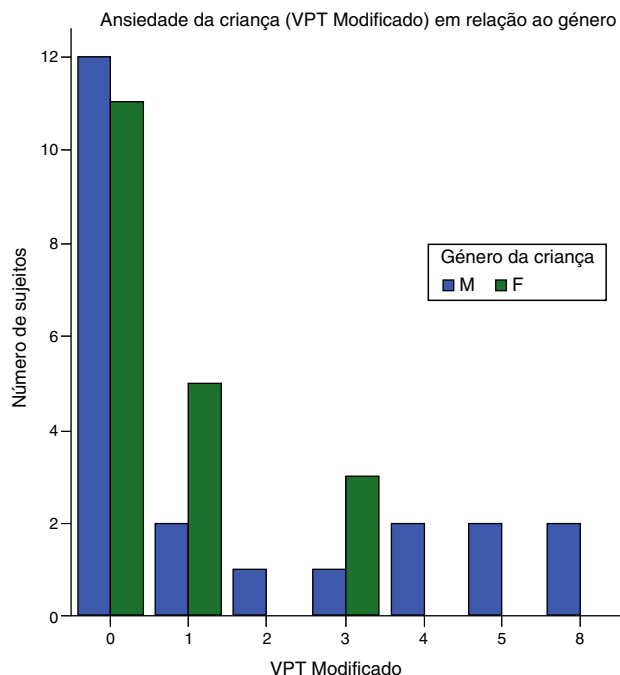
**Figura 3 – Distribuição dos grupos de ansiedade dos EE (ansiedade reduzida: 5-7 pontos; ansiedade moderada: 8-14 pontos; ansiedade elevada: 17-22 pontos).**

O valor médio dos resultados obtidos através da MDAS foi de 10,6, sendo os valores distribuídos de acordo com a [tabela 1](#). Os dados agrupados evidenciam que a maioria dos EE integra o grupo – ansiedade moderada ([fig. 3](#)). Na [tabela 2](#) são apresentados os valores médios, referentes a cada uma das questões constituintes da MDAS.

No sentido de avaliar a relação entre a ansiedade do EE e a ansiedade da criança, recorreu-se ao teste de Spearman's Roh, tendo sido obtido um coeficiente de correlação de $-0,112$ com uma significância de 0,485, rejeitando-se, assim, a hipótese de partida de contágio emocional. No que concerne à relação entre os valores do VPT, correspondentes à ansiedade das crianças e a idade ([tabela 3](#)), obteve-se, no teste de Spearman's Roh, um coeficiente de correlação de $-0,268$ com um valor de significância de 0,9. Neste sentido, podemos afirmar que, com um aumento da idade da criança, parece existir uma diminuição ligeira dos seus valores de ansiedade.

Tabela 3 – Correlação entre os valores obtidos no VPT modificado e idade da criança

Idade da criança	VPT							Total
	0	1	2	3	4	5	8	
3	2	0	1	0	1	1	1	6
4	3	1	0	2	0	0	0	6
5	8	2	0	0	1	1	1	13
6	10	4	0	2	0	0	0	16
Total	23	7	1	4	2	2	2	41

**Figura 4 – Distribuição dos valores obtidos no VPT modificado de acordo com o género da criança.**

Relativamente aos valores de ansiedade da criança e à variável género, no género masculino, o valor médio do VPT foi de 1,86 e, no género feminino, de 0,74, revelando-se as meninas ligeiramente menos ansiosas. Ainda assim, a maioria das crianças é considerada livre de ansiedade ([figs. 2 e 4](#)). Apenas os meninos obtiveram pontuações entre 4-8 (6 sujeitos), podendo ser considerados como significativamente ansiosos ([fig. 4](#)).

A média dos valores de ansiedade obtidos (VPT modificado) para as consultas de primeira vez é de 1,11 e de 1,55 para consultas de controlo, considerando-se assim que, em consultas de controlo, as crianças são ligeiramente mais ansiosas.

Tabela 2 – Média dos valores obtidos por questão do MDAS

Situação hipotética	Consulta no dia seguinte	Aguardar na sala de espera	Brocar um dente	Destartarização e polimento	Injeção de anestésico local
Média MDAS	1,8	2	2,3	1,8	2,6

Relativamente aos valores obtidos na MDAS, referentes à ansiedade dos EE e à sua relação com o género, o género feminino ($\bar{x} = 10,8$) revelou-se, em média, ligeiramente mais ansioso que o género masculino ($\bar{x} = 9,9$). Em ambos os géneros foram encontrados indivíduos livres de ansiedade (5 pontos), sendo o valor mais elevado no género masculino de 17 pontos e no género feminino de 22, tendo sido também identificados 2 indivíduos com níveis fóbicos de ansiedade (> 19 pontos) no género feminino.

Discussão

De acordo com os resultados obtidos, sublinha-se o facto de 56,1% das crianças se revelarem livres de ansiedade, resultados estes que parecem corroborar outros estudos empíricos consultados^{1,7,32}. Este facto prende-se, eventualmente, com a desmistificação atual do medo associado à imagem do médico dentista³³ e à emergência de programas de intervenção precoce, que promovem a higiene oral em ambientes escolares. Por outro lado, 56,1% dos EE revelaram níveis médios de ansiedade, indo ao encontro dos resultados obtidos em outras investigações^{7,10,24}.

Analisando os valores médios, relativos a cada uma das questões da MDAS, podemos arrogar que os EE se sentem mais ansiosos quando confrontados com uma situação hipotética de injeção com anestésico local, seguindo-se a situação hipotética de brocar um dente (ou seja, quando confrontados com a carpule e a agulha para a injeção com anestésico local e com a turbina/contrângulo), corroborando, novamente, os resultados obtidos noutros estudos^{3,8,14,16,23,27}.

Quanto à inexistência de uma relação entre a ansiedade do EE e da criança, os resultados não parecem ir ao encontro do esperado no âmbito das hipóteses de partida formuladas, bem como no âmbito de alguns estudos da literatura científica consultada^{8-10,13,15,22-26}, contudo, existem estudos que corroboram os resultados obtidos no presente estudo^{7,15,16,34-43}. Assim, os resultados obtidos podem, eventualmente, ter sido alvo de um enviesamento metodológico, na medida em que foram utilizadas 2 escalas distintas. Porém, dada a diferença entre as 2 faixas etárias escolhidas, consideramos a utilização dos instrumentos escolhidos a opção mais assertiva e pertinente em termos metodológicos.

No que diz respeito à relação entre a ansiedade da criança e a idade, os resultados parecem ir ao encontro de outros estudos elaborados com esta faixa etária, apontando para a hipótese de um incremento do nível de maturidade emocional e a consequente diminuição da ansiedade^{27,44}.

O facto de as crianças que comparecem a consultas de controlo se terem revelado ligeiramente mais ansiosas que as crianças em consulta de primeira vez, vai ao encontro dos resultados obtidos por outros investigadores^{27,45,46}. Partimos do pressuposto que muitas crianças que necessitam de várias consultas de controlo já efetuaram, anteriormente, tratamentos invasivos, dolorosos e desconfortáveis. Reforçamos, assim, a necessidade de iniciativas no âmbito da educação para a saúde oral, de consultas de rastreio e de procedimentos de natureza preventiva, evitando que a saúde oral da criança esteja de tal modo deteriorada que possa precipitar a ocorrência de procedimentos clínicos considerados traumáticos.

Os resultados obtidos denunciam também que os EE do género feminino são mais ansiosos que os EE do género masculino, conciliando-se com os resultados obtidos por Dikshit et al.¹⁰, eventualmente, justificados pelo facto de as mulheres expressarem mais fácil e frequentemente as suas emoções. Por outro lado, acresce referir que, nos dias de hoje, face à informação veiculada pelos mass media e pelos Planos Nacionais de Saúde, os EE tentam, cada vez mais, promover precocemente a saúde oral dos seus filhos, ultrapassando, assim, os seus temores pessoais⁷.

A maioria dos estudos referenciados na literatura de suporte configura a sua problemática de estudo, no âmbito do contágio da ansiedade na díade mãe/criança^{34,47}. No presente estudo, constitui-se como algo de inovador o facto de se eleger, na qualidade de EE, o acompanhante da criança à consulta, independentemente do género ou do facto de serem ou não os progenitores da criança. Contudo, ainda que seja considerável uma amostra de 41 sujeitos, uma amostra mais alargada poderia, eventualmente, permitir uma generalização mais sedimentada dos resultados.

Sugerimos, futuramente, estudos empíricos análogos, abrangendo, não só crianças em idade pré-escolar, como também em estádios de desenvolvimento diferenciados, alargando, assim, o espectro de influência da variável idade quando cruzada com os níveis de ansiedade, bem como o recurso a instrumentos de medida que avaliem o comportamento e o grau de adesão terapêutica da criança.

Conclusões

De acordo com os resultados obtidos, podemos afirmar que, na amostra estudada, não se identificaram contornos que delineiem a existência de contágio emocional da ansiedade na díade criança/EE. A maioria das crianças foi considerada como livre de ansiedade. Por outro lado, a maioria dos EE apresenta-se como moderadamente ansiosos, sendo o procedimento que invoca uma maior ansiedade associado à injeção com anestésico local. Quando a idade da criança aumenta, a ansiedade tende a diminuir. As crianças do género feminino revelaram-se menos ansiosas que as do género masculino, sendo mais ansiosas em consultas de controlo do que em consultas de primeira vez. De registar, também, que os EE do género feminino demonstraram ser ligeiramente mais ansiosos do que os do género masculino.

Apesar dos dados obtidos não corroborarem a problemática do contágio emocional de ansiedade na díade EE/criança, não poderemos sublimar a influência da variável ansiedade quando conotada com *settings* terapêuticos em medicina dentária, tornando-se imprescindível que, ao nível da formação de base dos futuros médicos dentistas, sejam administrados conteúdos programáticos no âmbito das ciências sociais e comportamentais, que capacitem o MD para o correto diagnóstico emocional dos seus doentes.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de

Investigação Clínica e Ética e de acordo com os da Associação Médica Mundial e da Declaração de Helsinki.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram que não aparecem dados de pacientes neste artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

BIBLIOGRAFIA

1. Bottan ER, Lehmkuhl GL, Araújo SM. Ansiedade no tratamento odontológico: estudo exploratório com crianças e adolescentes de um município de Santa Catarina. *RSBO*. 2008;5:13-9.
2. Goés MPS, Domingues MC, Couto GBL, Barreira AK. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. *Odontol Clín-Cient*. 2010;9:39-44.
3. De Possobon RF, Carraschoza KC, de Moraes ABA, Costa ÁL. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicol em Estud*. 2007;12:609-16.
4. Aartman IHA, van Everdingen T, Hoogstraten J, Schuur AH. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: A critical assessment. *ASDC J Dent Child*. 1998;65:252-8.
5. Afshar H, Nakhjavani YB, Mahmoudi-Gharaei J, Paryab M, Zadoosh S. The effect of parental presence on the 5 year-old children's anxiety and cooperative behavior in the first and second dental visit. *Iran J Pediatr* [Internet; acessado em 14 de fevereiro de 2014]. 2011;21:193-200. Obtido de: <http://www.bioline.org.br/request?pe11033>.
6. De Freitas Oliveira M, de Moraes MVM, Cardoso DD. Avaliação da ansiedade infantil prévia ao tratamento odontológico. *Publ UEPG Ci Biol Saúde*. 2012;18:31-7.
7. Freitas Oliveira M, de Moraes MVM, Evaristo PCS. Avaliação da ansiedade dos pais e crianças frente ao tratamento odontológico. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr*. 2012;12:483-9.
8. Kent GG. The psychology of dental care (Dental practitioner handbook). Bristol: Wright; 1984.
9. Milgrom P, Weinstein P, Getz T. Treating fearful dental patients: A patient management handbook. Seattle: Continuing Dental Education; 1995.
10. Dikshit P, Limbu S, Bhattarai K. Evaluation of dental anxiety in parents accompanying their children for dental treatment. *Orthod J Nepal*. 2013;3:47-52.
11. Corrêa MSNP, Guedes-Pinto AC, Echeverria S. Influências familiares e conselhos aos pais. In: Guedes-Pinto AC, editor. *Odontopediatria*. 8ª ed. São Paulo: Santos; 2010. p. 161-6.
12. Dworkin SF, Ferrence TP, Giddon DB. Aversive interactions: Stress, anxiety and fear. Em: Autor, editor. *Behavioral science in dental practice*. St. Louis: The C.V. Mosby Company; 1978. 228-39.
13. Meira Filho MMO, Araújo DTC, Menezes VA, Garcia AFG. Atendimento odontológico da criança: percepção materna. *RGO*. 2009;57:311-5.
14. Marques KGB, Grandvohl MPB, Maia MCG. Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. *RBPS*. 2010;23:358-67.
15. Cunha WA, Corrêa MSNP, Alvarez JA. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Rev Estomatológica Hered*. 2007;17:9-11.
16. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Ansiedade ao tratamento odontológico no atendimento de rotina. *RGO*. 2006;54:111-4.
17. Gouveia VV, Guerra VM, Santos WS, Singelis TM. Escala de contágio emocional: adaptação ao contexto brasileiro. *PSICO*. 2007;38:45-54.
18. Cardena E, Terhune DB, Löff A, Buratti S. Hypnotic experience is related to emotional contagion. *Int J Clin Exp Hypn*. 2009;57:33-46. Janeiro de [citado 27 Novembro 2014] Obtido de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19031232>.
19. Hatfield E, Cacioppo JL, Rapson RL. Emotional contagion. *Curr Dir Psychol Sci*. 1993;2:96-9.
20. Lundqvist LO. The relationship between the biosocial model of personality and susceptibility to emotional contagion: A structural equation modeling approach. *Pers Individ Dif*. 2008;45:89-95 [citado 1 Dez 2014]. Disponível em: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0191886908000925>.
21. Wild B, Erb M, Bartels M. Are emotions contagious? Evoked emotions while viewing emotionally expressive faces: Quality, quantity, time course and gender differences. *Psychiatry Res*. 2001;102:109-24 [acessado em 20 de julho de 2014].
22. Ramos-Jorge ML, Serranegra JM, Pordeus JM, Paiva SM. A ansiedade materna como fator de influência na adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. *Arq Odontol*. 1999;35(1/2):61-70.
23. Berge ten M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ. Parental beliefs on the origins of child dental fear in the Netherlands. *ASDC J Dent Child*. 2001;68:51-4.
24. Kanwal F, Jamil Y, Khan H. Effect of parental anxiety on child behaviour in the dental surgery. *JKCD*. 2012;2:74-7.
25. Tomita LM, Junior ALC, de Moraes ABA. Ansiedade materna manifestada durante o tratamento odontológico de seus filhos. *Psico-USF*. 2007;12:249-56.
26. Baier K, Milgrom P, Russell S, Mancil L, Yoshida T. Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatr Dent*. 2004;26:316-21.
27. Rayen R, Muthu MS, Rao CR, Sivakumar N. Evaluation of physiological and behavioral measures in relation to dental anxiety during sequential dental visits in children. *Indian J Dent Res*. 2006;17:27-34.
28. Humphris GM, Freeman R, Campbell J, Tuutti H, D'Souza V. Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *Int Dent J*. 2000;50:367-70 [acessado em 6 de dezembro de 2014].
29. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJE. The Modified Dental Anxiety Scale: Validation and United Kingdom Norms. *Community Dent Health*. 1995;12:143-50.
30. Lopes PN, Ponciano E, Pereira A, Medeiros JA, Kleinknecht RA. Psicometria da ansiedade dentária: avaliação das características psicométricas de uma versão portuguesa do Dental Fear Survey. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2004;45:133-46.
31. Ramos-Jorge ML, Pordeus IA, Por que e como medir a ansiedade infantil no ambiente odontológico. Apresentação do teste VPT modificado. *JBP Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê*. 2004;7:282-90.
32. Topaloglu-ak A, Eden E, Frencken JE. Perceived dental anxiety among schoolchildren treated through three caries removal approaches. *J Appl Oral Sci*. 2007;15:235-40.

33. Dias MR, Amorim A, Freches A, Guilherme J. Masked dentist in therapeutic setting. *EACH 2006-Int Conf Healthc Abstr* P3105. 2006.
34. Ribas TA, Guimarães VP, Losso EM. Avaliação da ansiedade odontológica de crianças submetidas ao tratamento odontológico. *Arq Odontol.* 2006;42:190-8.
35. Sexton J, Mourino AP, Brownstein MP. Children's behaviour in emergency and non-emergency dental situations. *J Pediatr Dent.* 1993;17:61-3.
36. Salem K, Kousha M, Anissian A, Shahabi A. Dental fear and concomitant factors in 3-6 year old children. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect.* 2012;6:70-4.
37. Oliveira MMT, Colares M, Campioni A. Ansiedade, dor e desconforto relacionado à saúde bucal em crianças menores de 5 anos. *Odontol Clín-Cient.* 2009;8:47-52.
38. Anrup K, Berggren U, Broeberg AG, Bondin L. A short-term follow-up of treatment outcome in groups of uncooperative child dental patients. *Eur J Paediatr Dent.* 2004;5:216-24.
39. Balmer R, O'Sullivan EA, Pollard MA, Curzon ME. Anxiety related to dental general anesthesia: Changes in anxiety in children and their parents. *Eur J Paediatr Dent.* 2004;5:9-14.
40. Kyritsi MA, Dimou G, Lygidakis NA. Parental attitudes and perceptions affecting children's dental behaviour in Greek population. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2009;10:29-32.
41. Ten Berg M, Veerkamp JS, Hoogstraten J, Prins PJ. Childhood dental fear in relation to parental child rearing attitudes. *Psychol Rep.* 2003;92:43-50.
42. Klaassen MA, Veerkamp JS, Hoogstraten J. Dental fear, communication and behavioural management problems in children referred for dental problems. *Int J Pediatr Dent.* 2007;17:469-77.
43. Klaassen M, Veerkamp J, Hoogstraten J. Predicting dental anxiety. *Eur J Paediatr Dent.* 2003;4:171-6.
44. Klingberg G, Broeberg AG. Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: A review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Pediatr Dent.* 2007;17:391-406.
45. Beck FM, Weaver JM. Blood pressure and heart rate responses to anticipated high stress dental treatment. *J Dent Res.* 1981;60:26-9.
46. Koenigsberg SR, Johnson R. Child behavior during three dental visits. *J Dent Child.* 1975;3:3-6.
47. Johnson R, Baldwin DC. Maternal anxiety and child behavior. *ASDC J Dent Child.* 1969;36:87-92.