

Filipa Andreia Cabral Toledo

**Fatores Determinantes do Comportamento Infantil na Consulta de Medicina
Dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

Filipa Andreia Cabral Toledo

**Fatores Determinantes do Comportamento Infantil na Consulta de Medicina
Dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira**

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2015

Filipa Andreia Cabral Toledo

**Fatores Determinantes do Comportamento Infantil na Consulta de Medicina
Dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira**

Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para a obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2015

Sumário

O medo e a ansiedade dentária são importantes fatores condicionantes do tratamento dentário. Ao interferirem na condição psicológica do paciente, condicionam o seu comportamento na consulta e a atitude que apresentam em relação aos cuidados de saúde oral. Os pacientes ansiosos, medrosos ou fóbicos adiam a consulta de medicina dentária, evitam os tratamentos e só recorrem ao médico dentista quando surgem os sintomas dolorosos. Este adiar dos procedimentos dentários resultará num agravamento dos problemas de saúde oral, e em maiores necessidades de tratamento, tratamento esse que será mais intensivo, mais invasivo e potencialmente mais traumático, levando a um reforço do medo e da ansiedade dentária já existente.

As crianças, pela menor maturidade psico-emocional têm menor capacidade de lidar com as suas emoções perante diversos acontecimentos, nomeadamente, em contexto médico-dentário. Tornam-se assim mais suscetíveis ao desenvolvimento de medo e ansiedade dentária, e exibindo, com alguma frequência, comportamentos negativos na consulta, que dificultam a adequada prestação de cuidados de saúde oral.

Existem ainda outros fatores etiológicos predisponentes e desencadeantes de ansiedade dentária na criança e que condicionam o seu comportamento na consulta (idade, género, faixa etária, número de consultas anteriores, entre outros).

Objetivo: Neste trabalho pretendeu-se avaliar os fatores determinantes do comportamento infantil na consulta de medicina dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira, em crianças com idades entre os 4 e os 16 anos.

Métodos: Foi realizado um estudo descritivo observacional transversal onde se pretendeu avaliar a ansiedade dentária da criança antes da consulta dentária através da *Facial Image Scale* (FIS); avaliar a ansiedade dentária dos acompanhantes através da *Corah Dental Anxiety Scale, Revised* (DAS-R). e o comportamento das crianças durante o tratamento dentário usando a Escala de Frankl.

O estudo decorreu de 30 de Abril a 8 de Maio na Unidade de Saúde da Ilha Terceira, Região Autónoma dos Açores, tendo sido observadas 53 crianças de idades compreendidas entre os 4 e os 16 anos.

Resultados: Numa amostra de 53 crianças, verificou-se que 11,3% das crianças apresentavam ansiedade dentária antes da consulta dentária, que os pais eram mais ansiosos que as crianças, 49,1% apresentavam ansiedade dentária e que a percentagem de crianças com um comportamento negativo durante a consulta médico-dentária foi muito baixa, correspondendo a 1,9%.

Verificou-se que a ansiedade dentária parental não interfere com a ansiedade dentária da criança, quando comparadas, ao contrário do que alguns estudos sugerem.

Não houve relação entre a ansiedade dentária da criança e o género, idade, número de vezes que veio ao médico dentista ou estatuto social.

Conclusão: Neste estudo pôde-se concluir que as crianças que frequentaram a consulta de medicina dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira entre 30 de Abril a 8 de Maio apresentaram baixa prevalência de ansiedade dentária e elevada prevalência de comportamento positivo na consulta. Já os seus pais ou acompanhantes apresentaram uma prevalência de ansiedade dentária parental elevada.

Conhecer os fatores que condicionam o comportamento infantil na consulta dentária como a ansiedade dentária da criança e a ansiedade dentária parental e medi-los antes da consulta poderá ajudar a equipa dentária na abordagem comportamental da criança durante os tratamentos dentários.

Envolver a comunidade escolar e a população infantil em ações de promoção da saúde oral, promovendo rastreios dos problemas orais nas escolas, e consultas dentárias de acompanhamento logo desde muito jovens, poderá ter um efeito benéfico na diminuição da ansiedade dentária nas crianças e no desenvolvimento de comportamentos positivos nas consultas.

Abstract:

Fear and dental anxiety are important conditioning factors of dental treatment. They interfere with the psychological condition of the patient, condition their behaviour in the dental appointment and the attitude that they have in relation to their oral health care.

Anxious, fearful or phobic patients delay dental consultation, avoid the treatments and only return to the dentist when the painful symptoms arise. By avoiding the dental procedures it will result in a worsening of oral health problems, and in greatest need of treatment, which treatment will be more intensive, more invasive and potentially more traumatic, leading to a strengthening of fear and existing dental anxiety.

Because of children psychological and emotional immaturity they are less able to deal with emotions before various events, particularly in medical and dental context. They will be more susceptible to the development of dental fear and anxiety, and displaying, with some frequency, negative behaviours in dental appointment.

There are other predisposing and triggering etiological factors of dental anxiety in the child and that may make their behaviour in dental appointment like age, gender, age and number of previous consultations.

Objectives: In this study sought to assess the determinants of child behaviour in dentistry consultation on the Terceira Island Health Unit in children aged between 4 to 16 years.

Methods: A cross-sectional observational descriptive study which aims to assess the dental anxiety of children before the dental appointment through the Facial Image Scale (FIS) was carried out. We evaluated the dental anxiety of parents through Corah Dental Anxiety Scale, Revised (DAS-R), and the behaviour of children during dental treatment using the Frankl Scale.

The study took place from April 30 to May 8 in the Terceira Island Health Unit, Azores, were observed 53 children aged between 4 and 16 years.

Results: In a sample of 53 children, it was found that 11.3% of children had dental anxiety before dental examination, was found that parents were more anxious than children of which 49.1% had dental anxiety and the percentage of children with negative behaviour during medical and dental appointment was very low, corresponding to 1.9%.

It was found that parental anxiety dental tooth does not interfere with the child's anxiety when compared, unlike some studies suggest.

There was no relationship between dental anxiety and the child's gender, age, number of times attending the dentist and economic and social status.

Conclusion: In this study it was concluded that children who attend dental appointment of Terceira Island Health Unit between April 30 to May 8 showed low prevalence of dental anxiety and high prevalence of positive behaviour in the query but their parents or caregivers had a prevalence of high parental dental anxiety.

Knowing the factors that influence children's behaviour in the dental appointment as the child's dental anxiety and parental dental anxiety and assessing them before consultation can help dental team in child behavioural approach during dental treatments.

Involving school community and children population in actions to promote oral health, promoting oral problems screening in schools, and implementing follow-up dental appointments from an early age, can have a beneficial effect in reducing dental anxiety in children and lead to the development of positive behaviour during dental treatment.

Dedicatória

Aos meus pais, Fátima e José, por todo o amor, carinho e apoio com que me presentearam desde sempre. Sem eles nunca teria chegado aqui

Em memória ao meu avô José e avô António, por todo o carinho e saudade.

Em memória à minha explicadora e amiga Judite.

Agradecimentos

À minha orientadora Dra Manuela Crespo, o meu sincero reconhecimento e gratidão por todos os ensinamentos, disponibilidade, dedicação e apoio ao longo deste trabalho.

À Professora Doutora Conceição Manso, pelos conhecimentos transmitidos durante a realização deste trabalho.

À Diretora da Unidade de Saúde da Ilha Terceira, Dra. Tânia Cortez por muito gentilmente me ter recebido e acolhido.

À Dra. Joana Ribeiro e Dr. Daniel Sampaio, Médicos Dentistas da Unidade de Saúde da Ilha Terceira, por me terem recebido e acolhido, pela simpatia, por toda a ajuda e ensinamentos adquiridos durante a recolha de dados.

A todos os utentes da Unidade de Saúde da Ilha Terceira, que participaram neste estudo, não só pela colaboração no preenchimento dos questionários, mas pela simpatia com que o fizeram.

A toda a família, pelo apoio e carinho, em especial à minha avó Benilde, à minha madrinha Marisa, aos meus tios Helena e Gil, ao meu padrinho Paulo e aos meus primos e sobrinhos, Francisco, Francisca, Luís e Matilde.

À Senhora Hermínia, pela força e coragem que me foi transmitida.

A todos os meus colegas e amigos de curso, em especial à Noémia Martins, Cristina Gomes, Sara Antunes, Manuel Rés e à sua mulher Ianara Rés.

À minha amiga Liliana Abrantes, por me acompanhar desde o início do meu percurso e por todo o carinho e preocupação.

Um especial e enorme obrigada à minha grande amiga Susana Biscaia, pelo apoio, carinho e pela ajuda na realização deste trabalho.

Ao Guilherme Casimiro, por todo o apoio e ajuda prestada durante a realização deste trabalho.

À minha binómia e amiga, Marina Salgueiro, pelo apoio, carinho e ensinamentos.

Ao Lívio Teixeira, pelo carinho, apoio e ensinamentos.

A todo o corpo docente da Universidade Fernando Pessoa.

Índice Geral

Índice de Figuras	x
Índice de Tabelas.....	xi
Índice de Abreviaturas e siglas	xii
I. Introdução	1
II. Desenvolvimento.....	5
1.Revisão bibliográfica.....	5
1.i Medo e ansiedade em odontopediatria	5
1.ii. Etiologia da AD em crianças.....	8
1.ii.1. Fatores etiologicos predisponentes da AD em crianças	9
1.ii.2. Fatores etiológicos desencadeantes da AD em crianças	12
2. Materiais e métodos	18
2.i. Pesquisa bibliográfica	18
2.ii. Investigação científica	18
2.ii.1 Objetivos.....	18
2.ii.2 Tipo de estudo	18
2.ii.3 Amostra	19
2.ii.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	19
2.ii.5 Metodologia e recolha de dados	20
2.ii.6 Métodos de avaliação da AD e do comportamento da criança na consulta	21
2.ii.7 Análise estatística.....	25
3. Resultados	26
3.i. Caracterização da amostra	26
3.ii. Apresentação dos dados da avaliação da AD na criança com base na escala FIS.....	30
3.iii. Apresentação dos resultados da avaliação do comportamento da criança na consulta com base na escala de Frankl	31
3.iv. Relação entre a AD e a idade da criança	32
3.v. Relação entre a AD e o género da criança	33
3.vi. Relação entre a AD e o número de consultas dentárias	34

3.vii. Relação entre a AD da criança e a ansiedade parental.....	35
3.viii. Relação entre a AD da criança e a condição socioeconómica	36
3.ix. Relação entre a AD e o comportamento da criança na consulta	37
4. Discussão dos resultados.....	37
4.i. Limitações do estudo	42
III. Conclusão	44
1. Perspetivas futuras	45
IV. Bibliografia.....	46
V. Anexos	51

Índice de Figuras

Figura 1- Ciclo vicioso do medo dentário	7
Figura 2- <i>Facial image scale</i>	22
Figura 3- <i>Venham picture test</i>	22
Figura 4- <i>Corah dental anxiety scale, revised</i>	23
Figura 5- Escala de avaliação do comportamento da criança durante o tratamento dentário	24
Figura 6- Gráfico representativo da distribuição da faixa etária das crianças.....	27
Figura 7- AD das crianças	30
Figura 8- Gráfico representativo da distribuição da AD da criança de acordo com a AD parental em percentagem	35

Índice de Tabelas

Tabela I- Distribuição do género dos participantes.....	26
Tabela II- Distribuição da idade dos participantes.....	26
Tabela III- Idades das crianças: média e mediana	27
Tabela IV- Distribuição das crianças segundo o tipo de consulta: primeira consulta ou não primeira consulta.....	27
Tabela V- Distribuição das crianças de acordo com o número de vezes (anteriores) que foram ao médico dentista.....	28
Tabela VI- Distribuição da ansiedade parental	28
Tabela VII- Distribuição da condição socioeconómica	28
Tabela VIII- Resultados da avaliação da AD na criança pela escala FIS	30
Tabela IX- Resultados da avaliação do comportamento da criança durante a consulta de medicina dentária com base na escala de Frankl.....	31
Tabela X- Frequências absolutas da AD em relação à idade da criança	32
Tabela XI- Frequências absolutas da AD em relação ao género da criança	33
Tabela XII- Distribuição da AD da criança de acordo com o número de consultas dentárias anteriores.....	34
Tabela XIII- Distribuição de AD da criança de acordo com a ansiedade dentária parental	35
Tabela XIV- Distribuição da AD da criança de acordo com a sua condição socioeconómica	36
Tabela XV- Distribuição da AD da criança de acordo com o comportamento na consulta.....	37

Índice de Siglas e Abreviaturas

AAPD – American Association of Pediatric Dentistry

AD- Ansiedade Dentária

DAS-R- Corah Dental Anxiety Scale, Revised

ED- Equipamento Dentário

FIS – Facial Image Scale

FIS- Facial Image Scale

MAD- Medo e Ansiedade Dentário

MD- Medo Dentário

SO- Saúde Oral

TD- Tratamento Dentário

VPT- Venham Picture Test

I. Introdução

A ansiedade dentária (AD) pode ser descrita como um estado emocional que é sentido antes do encontro com um instrumento dentário, de uma situação que é temida em consultório dentário ou como um estado que antecede a expectativa da dor (Sharif, 2010; Armfield e Heaton 2013; Olak *et al.*, 2013; Nommela *et al.*, 2013; Shindova, Belcheva e Mateva, 2014).

O medo dentário (MD) refere-se à resposta real que é acionada para um determinado objeto ou situação em consultório dentário. Pode ser acionado de uma forma direta, no entanto, é frequente acionar-se o mecanismo do medo quando se está perante uma experiência que causa ansiedade ou quando estamos perante um indivíduo que têm medo de um leque variado de estímulos, aumentando a probabilidade do MD (Krikken, Cate e Veerkamp, 2010; Armfield e Heaton, 2013; Olak *et al.*, 2013; Nommela *et al.*, 2013).

O MD e a AD associam-se frequentemente a problemas de comportamento e à incapacidade de colaboração durante os tratamentos dentários (TD). É por isso, essencial que o médico dentista perceba o que é o medo e a ansiedade e quais as repercussões que estes sentimentos possam ter nos cuidados de saúde oral (SO) do indivíduo (Krikken, Cate e Veerkamp, 2010; Assunção *et al.*, 2013).

De acordo com Guedes-Pinto e Miranda (2003), nas crianças com pouca idade é difícil distinguir entre medo e ansiedade, pois o medo representa o estado emocional perante o perigo, podendo dizer-se que corresponde ao reconhecimento intelectual da própria ansiedade, e que a sua evolução patológica causa perturbações do comportamento na consulta, que vão desde timidez e vergonha, até crises de ansiedade e fobia (Guedes e Miranda, 2003).

No entanto, geralmente, as crianças encaram as novas experiências, como a da consulta dentária, de forma positiva, aceitando sem grande ansiedade os tratamentos desenvolvendo uma boa relação com o médico dentista e a sua equipa. No entanto, o comportamento infantil neste ambiente é fortemente influenciado pela idade,

personalidade, desenvolvimento psicossocial da criança, atitude e expectativas dos responsáveis envolvidos e complexidade do tratamento a realizar. Assim, algumas crianças poderão não colaborar comprometendo a segurança e eficácia dos tratamentos prestados.

O comportamento negativo de uma criança durante os procedimentos dentários, leva também com frequência a atitudes de fuga ou recusa dos tratamentos, por parte da criança e dos pais, evitando e/ou adiando as consultas, o que contribuirá para o agravamento do estado de SO do doente.

Existem, no entanto, diversas estratégias que contribuem para a diminuição da ansiedade causada pelo TD, mas é importante referir que, qualquer que seja a abordagem usada para orientar positivamente o comportamento e reduzir o medo e ansiedade dentária (MAD), é sempre imprescindível construir uma relação de empatia e de confiança com o paciente (Krikken, Cate e Veerkamp, 2010; Assunção *et al.*, 2013).

Será então importante para o médico dentista conhecer o comportamento das crianças durante as visitas e estudar quais os fatores que influenciam esse comportamento, de forma a poder planear a melhor estratégia para promover uma atitude positiva do paciente infantil em relação à consulta dentária e aos cuidados de SO.

Foi neste contexto que se desenvolveu um estudo cujo objetivo foi avaliar os fatores determinantes do comportamento infantil na consulta de medicina dentária na Unidade de Saúde da Ilha Terceira, em crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 16 anos, comparando a ansiedade e o comportamento das crianças face a diversas situações e/ou procedimentos dentários em contexto clínico, para além de relacioná-los com a ansiedade parental.

Trata-se de um estudo observacional descritivo que decorreu de 30 de Abril a 8 de Maio de 2015 na Unidade de Saúde Familiar da Ilha Terceira e onde foi realizado:

- Um questionário dirigido aos responsáveis das crianças, para recolha de dados sociodemográficos e para avaliação da ansiedade dentária parental;

- Uma autoavaliação da AD da criança através da escala *Facial Image Scale (FIS)*;
- Uma avaliação do comportamento da criança na consulta através da Escala de Frankl;
- Um questionário dirigido ao médico dentista acerca dos procedimentos dentários realizados na consulta.

Procedeu-se ainda a uma revisão sistemática da literatura médico-dentária publicada nos últimos 10 anos, sobre a AD e o comportamento infantil na consulta dentária para um melhor enquadramento da investigação a realizar.

O grau de ansiedade pode ser avaliado através de três medidas, autoavaliação efetuada pela própria criança, uma avaliação fisiológica e observacional do comportamento da criança, realizada pelo investigador ou pela equipa de consultório e, ainda, uma avaliação parental pela interpretação subjetiva dos pais acerca da ansiedade dos respetivos filhos (Porritt *et al.*, 2013). No entanto, o método de auto avaliação é considerado o mais fiável, na medida em que apenas a própria criança é capaz de descrever o seu estado emocional e de uma forma realista (Baeyer, 2006). Ao recorrer-se a diversos tipos de escalas que implicam diretamente a compreensão da tipologia de resposta pretendida e para a obtenção de resultados confiáveis é preciso ter-se em atenção a faixa etária, capacidades cognitivas e comunicacionais da criança.

Neste estudo optou-se pela medida de autoavaliação. Deste modo, foi selecionada uma amostra de 53 crianças na Unidade de Saúde da Ilha Terceira, entre os 4 e os 16 anos. Foi solicitado ao responsável da criança que autorizasse e assinasse o consentimento informado para a realização do questionário. Após o responsável preencher o questionário que lhe foi atribuído com perguntas do âmbito pessoal e com um teste de avaliação da ansiedade parental, foi também solicitado à criança que respondesse ao seu questionário, no qual envolvia duas perguntas simples e diretas realizadas pelo investigador, em que a resposta seria obtida através de uma escala visual, garantido que o responsável não interferia com a escolha da criança. O questionário dirigido à criança pretendia avaliar a AD. Estes questionários foram realizados na sala de espera antes do início da consulta.

Após a consulta foi solicitado ao médico dentista que respondesse a um questionário referente ao TD e ao comportamento da criança durante a consulta de medicina dentária.

A escolha deste tema assenta no fato e na necessidade de conhecer a etiologia e o grau de AD nas consultas de odontopediatria, de modo a ponderar a estratégia de controlo de comportamento mais adequada, de acordo com cada caso clínico, o que vai contribuir para a diminuição de repercussões negativas que a ansiedade possa causar na saúde oral da criança em geral.

O objetivo deste estudo foi avaliar os fatores determinantes do comportamento infantil na consulta de medicina dentária na Unidade de Saúde da Ilha Terceira, em crianças com idades entre os 4 e os 16 anos, comparando a ansiedade e o comportamento das crianças face a diversas situações e/ou procedimentos dentários em contexto clínico, para além de relacioná-los com experiências prévias.

II. Desenvolvimento

1.Revisão bibliográfica

1.i. Medo e a ansiedade em odontopediatria

A AD define-se como sendo uma condição psicológica subjetiva, na qual se experiencia um estado emocional desagradável, caracterizado por sinais e sintomas de nervosismo exacerbado perante um instrumento dentário, a situação da consulta dentária ou a expectativa da dor de origem odontológica (Leach *et al.*, 1997; Do, 2004; Rayen *et al.*, 2006; Sharif, 2010; Armfield e Heaton 2013; Olak *et al.*, 2013; Nommela *et al.*, 2013; Shindova, Belcheva e Mateva, 2014; Abtahi *et al.*, 2015).

O medo associado à figura do médico dentista, ou MD, é considerado, pela comunidade científica, como um importante problema de saúde pública e define-se como a resposta individual que é acionada perante a ameaça que os procedimentos dentários constituem para o indivíduo, e cujo objetivo é a proteção do organismo de uma situação de perigo. Um estímulo específico, um instrumento dentário, a anestesia, o barulho da turbina ou outra situação em consultório dentário, pode despoletar MD. O MD é despoletado, frequentemente, de uma forma direta, pelo contato direto com uma situação ou experiência desagradável na consulta dentária, no entanto, também pode ser adquirido de forma indireta, ou seja, através de informação acerca de uma experiência vivida por outrem (Krikken, Cate e Veerkamp, 2010; Armfield e Heaton, 2013; Nommela *et al.*, 2013; Olak *et al.*, 2013; Abtahi *et al.*, 2015).

De uma forma geral os termos MD e AD estão intimamente interligados, falando-se, por isso, em MAD e são entidades muito prevalentes em todo o mundo, não estando limitado apenas a uma população de uma país ou região (Leach *et al.*, 1997; Do, 2004; Rayen *et al.*, 2006; Sharif, 2010; Armfield e Heaton 2013; Nommela *et al.*, 2013; Olak *et al.*, 2013; Shindova, Belcheva e Mateva, 2014; Abtahi *et al.*, 2015).

Tanto o MD como a AD têm origem multifatorial e envolvem componentes do foro fisiológico, cognitivo, emocional e comportamental, e, segundo a teoria da inibição latente, a forma como o MAD se vão expressar, vai variar de indivíduo para indivíduo, dependendo essencialmente dos seus traços de personalidade (Leach *et al.*, 1997; Oliveira *et al.*, 2006; Krikken, Cate e Veerkamp, 2010; Armfield e Heaton 2013).

Contudo, sabe-se que a personalidade não é a única responsável pelo fato de crianças com o mesmo historial clínico, quando sujeitas a determinado TD desenvolverem AD e outras não, mas também fatores como a idade, a maturidade socio-emocional e estrutura familiar (Leach *et al.*, 1997; Oliveira *et al.*, 2006; Krikken, Cate e Veerkamp, 2010; Armfield e Heaton 2013).

Na realidade a sensação de medo é algo normal, constitui um instinto de autoproteção e é parte integrante da infância, evoluindo e modificando-se a sua manifestação nas diversas fases do desenvolvimento da criança. Por exemplo, nas crianças mais pequenas, a AD deve-se primariamente ao medo do desconhecido ou ao medo da dor, e manifesta-se através do choro antes da consulta ou em antecipação a algum tratamento específico.

Também é de referir o sentimento de perda de controlo quando sujeitas aos tratamentos e a perceção de que não pode interromper os procedimentos contribui para o aparecimento de AD. Ainda a ansiedade de separação, que consiste no medo de perda aquando da separação dos pais/cuidadores, e ainda a ansiedade pós-traumática que resulta de experiências prévias desagradáveis que ficam na memória da criança, sendo exteriorizada sempre que a criança é exposta a uma situação semelhante. Em qualquer uma destas circunstâncias de ansiedade, a criança pode manifestar um comportamento agitado e agressivo, expresso através de choro, birra, tremores, gritos, vômitos, tosse forçada ou queixas de dores de estômago e cabeça. Contudo, em alguns casos a criança expressa a sua ansiedade através de uma atitude reprimida, de tensão ou de indiferença como desvio do olhar do médico dentista, não respondendo a questões às colocadas, ignorando-o e não interagindo com a equipa (Chadwick e Hosey, 2003; Toledo, 2005).

Os psicólogos e pedopsiquiatras referem que as crianças, pela menor maturidade psico-emocional têm menor capacidade de lidar com as suas emoções (ansiedade/medo) perante diversos acontecimentos, nomeadamente, em contexto médico-dentário, tornando-se mais suscetíveis ao desenvolvimento de MAD, e exibindo comportamentos como choro, rejeição e fuga exagerados e inapropriados à situação (Toledo, 2005).

Reconhece-se que a AD nas crianças é um problema que dificulta o controlo do comportamento do paciente na consulta médico-dentária e que os seus efeitos persistem por longos períodos de tempo, ou até mesmo durante a vida adulta desses indivíduos, o que pode ter repercussões negativas na SO e geral destes doentes. Verifica-se que os pacientes com AD evitam visitas regulares ao médico dentista e como consequência dessa atitude vai haver uma deterioração da sua SO (Buchanan e Niven, 2002; Torriani *et al.*, 2014; El-Housseiny *et al.*, 2014). Se os pacientes com AD não são abordados de forma correta logo desde a infância, é possível que se venha a instalar o que se pode chamar de ciclo vicioso do MD (Figura 1). Isto é, os pacientes evitam ir ao médico dentista por causa do MAD, o que resulta num agravamento dos problemas de SO, e em maiores necessidades de tratamento, tratamento esse que será mais intensivo, mais invasivo e potencialmente mais traumático, levando a um reforço do MAD já existente (Levin, Eli e Ashkenazi, 2006; Skaret, Wang e Wigen, 2009; Armfield e Heaton, 2013).

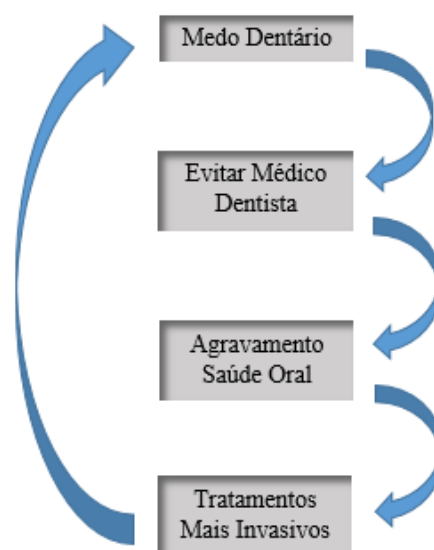


Figura 1- Ciclo Vicioso do Medo Dentário (Armfield e Heaton, 2013)

Apesar das inovações e da constante evolução na medicina dentária os tratamentos, especialmente os mais invasivos, podem envolver estímulos e sensações desagradáveis que despertem MAD, desencadeando problemas de comportamento nas consultas que prejudicam a prestação de cuidados de SO de qualidade à criança. (Majstorovic *et al.*, 2007; Assunção *et al.*, 2013).

1.ii. Etiologia da AD em crianças:

A AD é um problema comum que afeta pessoas de todas as idades e parece desenvolver-se essencialmente na infância e adolescência. A AD é um motivo de *stress*, não apenas para as crianças e pais, mas também para a própria equipa dentária, e associada a uma SO pobre (Krikken, Cate e Veerkamp, 2010; Assunção *et al.*, 2013; Olak *et al.*, 2013). Pacientes com AD tendem a sobrestimar a dor e o desconforto causado pelo TD e, por isso, evitam as visitas ao médico dentista agravando inevitavelmente o seu estado de SO (Assunção *et al.*, 2013; Majstorovic *et al.*, 2007).

Diversos estudos na área de Odontopediatria apontam a existência de diversos fatores etiológicos associados à AD, de origem emocional, psicológica e comportamental. Estes fatores dividem-se em dois grandes grupos (Levin, Eli e Ashkenazi, 2006; Skaret, Wang e Wigen, 2009; Krikken, Cate e Veerkamp, 2010; Torriani *et al.*, 2014):

- Fatores predisponentes: que por sua vez se subdividem em de carácter intrínseco à própria criança como, a idade e o género, a personalidade e capacidades cognitivas características de cada criança, ou de carácter extrínseco como a ansiedade parental.
- Fatores desencadeantes: como as experiências prévias de dor, a relação médico-paciente-equipa dentária, tipo de TD e a condição socioeconómica.

Descrevem-se de seguida os fatores etiológicos da ansiedade e odontopediatria que mais interessa conhecer face ao estudo realizado.

1.ii.1- Fatores etiológicos predisponentes da AD em crianças

1.ii.1.1-Idade e género

Os estudos que procuram relacionar MAD com o género das crianças são contraditórios. (El-Housseiny *et al.*, 2014; Torriani *et al.*, 2014).

Torriani *et al.*, (2014) defendem, no seu estudo, que não é possível identificar uma relação entre o género da criança e o MD. Os autores justificam esta inexistente relação porque nas crianças as regras culturais e padrões sociais ainda não estão bem estabelecidos (Torriani *et al.*, 2014).

Contrariamente, no estudo realizado por El-Housseiny *et al.*, (2014), verificou-se que as crianças do género feminino apresentavam maior MD, quando comparadas com as do género masculino, principalmente nos itens relacionados com o médico dentista ou a assistente dentária, ou seja, com indivíduos que lhes são estranhos (El-Housseiny *et al.*, 2014).

Alguns estudos defendem que o MD pode diferir entre géneros apenas por questões culturais, hábitos sociais, e também devido às diferenças nos sistemas de saúde dos diversos países. Como exemplo particular, temos os países Árabes em que a forma como são tratados indivíduos do género masculino e género feminino é bem distinta, logo desde a infância. Os rapazes são incentivados a serem corajosos e fortes como um homem, enquanto um filho do género feminino é muito protegido e resguardado do contacto com estranhos (Lea e Febiger, 1988 *cit in* El-Housseiny *et al.*, 2014).

No entanto, El-Housseiny *et al.* (2014), não verificou uma diferença estatisticamente significativa em relação ao MAD entre crianças do género feminino e masculino, no seu estudo realizado na Arábia Saudita (El-Housseiny *et al.*, 2014).

Olak *et al.*, (2013) também afirmam que as crianças do género feminino tendem a ter mais MD do que crianças do género masculino. Supõe-se que, crianças do género feminino e crianças de faixa etária menor (idades pré escolares), expressam os seus

sentimentos e evidenciam os seus medos de uma forma mais natural, do que crianças do género masculino ou mais velhas, devido a fatores culturais ou a estigmas sociais (Olak *et al.*, 2013).

Os mesmos autores defendem que o medo dos diversos procedimentos dentários tende a diminuir com o aumento da idade da criança, e que, as crianças pertencentes a uma menor faixa etária demonstram mais medo dos procedimentos dentários não invasivos do que crianças de maior faixa etária, concluindo que, as crianças poderão aprender a controlar a forma como expressam o seu medo à medida que crescem e se desenvolvem psicoemocionalmente (Olak *et al.*, 2013).

Já os estudo que relacionam o MAD com a idade referem que, as crianças em idade pré escolar são as que têm uma percentagem mais elevada de problemas relacionados com MAD (Berg *et al.*, 2001, Skaret, Wang e Wigen, 2009).

Allen, Hutfless e Larzalere (2003), no seu estudo, concluem que a idade representa o único fator preditivo do comportamento não cooperante da criança, sendo que em faixas etárias menores as crianças parecem ser menos colaboradoras comparativamente com crianças pertencentes a faixas etárias superiores, independentemente do tipo de procedimento clínico adotado, e da presença ou ausência dos pais na consulta (Allen, Hutfless e Larzalere, 2003).

1.ii.1.2- Personalidade e capacidades cognitivas

Existe uma associação entre o desenvolvimento do MAD e alguns traços de personalidade, a maturidade socioemocional e o desenvolvimento cognitivo das crianças (Krikken, Cate e Veerkamp, 2010).

As funções cognitivas abrangem processos mentais, como inteligência, memória, atenção e imaginação. A inteligência é a capacidade geral de um indivíduo entender e lidar com o mundo ao seu redor, neste caso como estudamos a AD, referimo-nos ao consultório dentário e ao TD. A relação existente entre a AD e desenvolvimento

cognitivo geral é evidente. Foi demonstrado que crianças com déficit intelectual precisam de mais tempo para aceitar e colaborar no TD, também é importante salientar que crianças com coeficientes de inteligência altos apresentam baixa AD (Toledano *et al.*, 1995).

Os autores Tickle *et al.* (2009), realizaram um “estudo prospetivo acerca da AD numa coorte de crianças seguida dos 5 aos 9 anos de idade”, as crianças foram acompanhadas durante esse período de tempo e verificaram que a condição das crianças não é fixa ou intratável, porque e de acordo com o estudo a maior parte das crianças (54,3%) que eram ansiosas aos 5 anos, deixaram de o ser aos 9 anos. Justificam essa mudança com o desenvolvimento cognitivo que surgiu ao longo dos 4 anos de estudo (Ticckle *et al.*, 2009).

1.ii.1.3- Ansiedade parental

As crianças tendem a imitar o comportamento dos pais, e no campo da SO não é exceção, de acordo com os autores Kyritsi, Dimou e Lygidakis (2009) “Foi encontrado nas crianças a capacidade para estas imitarem os padrões de comportamento de SO dos seus pais” (Kyritsi, Dimou e Lygidakis, 2009).

Diversos autores referem que, embora não se verifique sempre, as crianças podem adquirir as reações emocionais dos seus pais, em relação aos cuidados de SO e à forma como estes encaram a consulta dentária (Kyritsi, Dimou e Lygidakis, 2009; Olak *et al.*, 2013; Coric *et al.*, 2014).

O ambiente familiar e fatores culturais têm sido associados a fobias dentárias. Em causa foi colocado o ambiente familiar essencialmente como sendo um modelo de aprendizagem que vai influenciar desenvolvimento da AD, contudo a existência de evidência que provem o efeito parental no MAD de uma criança, é controversa. Uma revisão estruturada sobre a relação entre o MD parental e da criança observou que o MD em crianças com idade inferior a 8 anos é significativamente relacionada com o MD dos pais (Coric *et al.*, 2014).

Segundo vários autores é de salientar a importância do papel parental na AD da criança, sendo que esta relação se torna ainda mais forte quando se faz a comparação direta entre a AD da mãe e a AD da criança (Skaret, Wang e Wigen, 2009; Grego *et al.*, 2013; Olak *et al.*, 2013; Torriani *et al.*, 2014; Al-Housseiny *et al.*, 2014).

Um estudo levado a cabo na Finlândia, por Rantavuori *et al.*, (2004) revelou que talvez por, geralmente, ser a mãe a maior responsável pelos filhos, desenvolvendo com eles um elo mais forte do que o pai, era também ela a principal responsável pelo desenvolvimento da AD nas crianças (Rantavuori *et al.*, 2004 *cit in* El Housseiny *et al.*, 2014).

Ficou também demonstrado que a atitude e comportamento da mãe em relação à SO pode influenciar a SO e a forma de encarar o TD dos seus filhos (Torriani *et al.*, 2014; Karibe, Aoyagi-Naka e Koda, 2013).

É ainda interessante referir que existem também estudos como o de Nicolas *et al.* (2010) em que não foi encontrada uma associação direta entre o MD nas crianças e o MD parental. Os autores justificam estes resultados referindo que é possível que algumas crianças não reconheçam o sentimento de medo nos seus pais (Nicolas *et al.*, 2010).

1.ii.2- Fatores etiológicos desencadeantes da AD em crianças

Fatores etiológicos desencadeantes surgem essencialmente associados à ansiedade que é despertada por antecipação a algo que é temido. Pode-se caracterizar por um sentimento de preocupação excessiva que antecede o contacto com um estímulo não desejado, neste caso poderá ser o próprio TD, acionando a sensação de MD e consequentemente uma resposta ao agente responsável por provocar a referida ansiedade. O MAD são ambos responsáveis pela rejeição dos cuidados de SO por parte da criança, e pela apresentação de comportamentos não colaborantes na consulta dentária (Olumide *et al.*, 2009).

1.ii.2.1- Experiências prévias em consultório dentário e experiências prévias de dor

Num artigo de revisão elaborado por Zelaya e Parra (2005), estes autores constataram que, quando os estudos se centram na relação entre o MAD e o tipo de experiência/procedimento dentário em populações infantis, os resultados dizem-nos que as crianças demonstram mais MD ou AD perante as experiências dentárias que são consideradas como sendo mais invasivas e/ou dolorosas (Zelaya e Parra, 2005; Dias, Leal e Reis, 2008; Olak *et al.*, 2013; Torriani *et al.*, 2014).

Crianças que têm ou desenvolvem MD, normalmente são crianças que foram submetidas mais vezes a TD mais invasivos ou que tiveram uma ou mais experiências dentárias negativas (Townend *et al.*, 2000; Crego *et al.*, 2013; Olak *et al.*, 2013; Torriani *et al.*, 2014).

Vários estudos demonstram que sendo a cárie dentária o principal motivo da dor dentária na infância, essa experiência de dor associada à cárie, ou aos procedimentos dentários relacionados com o seu tratamento, contribui significativamente para o aparecimento do MD (Skaret, Wang e Wigen, 2009; Coric *et al.*, 2014; Torriani *et al.*, 2014; Abtahi *et al.*, 2015).

Crianças que foram ao médico dentista numa situação de emergência ou dor têm uma prevalência mais alta de MD, comparativamente aquelas que visitam o médico dentista de uma forma regular e preventiva. No entanto, quando comparamos crianças que nunca foram ao médico dentista, com crianças que foram numa situação de emergência/dor, curiosamente, temos uma prevalência de MD maior naquelas que nunca foram ao médico dentista (Goettems *et al.*, 2011; Olak *et al.*, 2013; Torriani *et al.*, 2014).

Olak *et al.* (2013), no seu estudo, observaram que o grupo das crianças que iam ao médico dentista pela primeira vez, apresentavam alta prevalência de MD, quando comparadas com crianças que já haviam realizado consultas de medicina dentária anteriormente e que frequentavam o médico dentista de forma regular (Olak *et al.*, 2013).

Considera-se, assim, que a primeira visita ao médico dentista poderá ter um papel preponderante na atitude futura da criança, sendo esta muitas vezes a responsável pelo desenvolvimento do MAD. É importante haver um contato regular com o médico dentista e toda a sua equipa, é igualmente importante que a criança visite o médico dentista o mais cedo possível e essencialmente antes do surgimento de qualquer problema de SO para que não associe a ida ao médico dentista como uma experiência unicamente negativa (Goettems *et al.*, 2011; Olak *et al.*, 2013; Torriani *et al.*, 2014).

1.ii.2.2- Tipo de tratamento dentário

O medo dos TD surge geralmente durante a infância, como resultado de uma experiência negativa, e está particularmente relacionado com a anestesia e com os instrumentos rotatórios usados na preparação das cavidades de cárie (Baat, Flohil e Frencken, 2015).

Também o fato do paciente normalmente ficar numa posição reclinada, pode contribuir para uma sensação de impotência e de pouco controlo da situação, levando ao desenvolvimento de ansiedade sempre que se depara com a mesma situação (Klatchoian, 2002 *cit in* Possobon *et al.*, 2007; Armfield e Heaton, 2013).

Os tratamentos mais invasivos como: raspagem radicular, sondagem, anestesia, preparação cavitária; são os apontados como causadores de mais AD (Klatchoian, 2002 *cit in* Possobon *et al.*, 2007; Armfield e Heaton, 2013).

Alguns estudos têm demonstrado que a AD depende da auto-consciência do TD. Como auto-consciência geral, define-se a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, e mais especificamente a tendência que ele tem para pensar e avaliar os aspetos de si mesmo quando submetido a algum fator que induza *stress* (por exemplo, o TD) (Samorodnitzky e Levin, 2005; Kloostra e Eber, 2007 *cit in* Settineri *et al.*, 2013).

Mancl *et al.* (1995), realizaram um estudo em que foi aplicado um questionário a 895 crianças, e o objetivo do estudo era perceber quais os principais estímulos que

provocavam o MD. As principais situações mencionadas estavam relacionadas com o tipo de TD e referiam-se à “aplicação de injeção” e “uso da broca” (Mancl *et al.*, 1995 *cit in* Possobon *et al.*, 2007).

Assim, uma forma de evitar ou minimizar o MAD nas crianças será preparação cavitária com laser ou a realização de tratamentos restauradores atraumáticos, de forma a evitar o incómodo associado aos instrumentos rotatórios e à anestesia (Walsh, 2007; Hmud e Walsh, 2009 *cit in* Armfield e Heaton, 2013).

Nas crianças é também importante planear os TD, de forma a que sejam introduzidos ao paciente por fases: do mais simples ao mais complexo. Tratamentos faseados permitem ao paciente aprender e praticar algumas estratégias de comportamento. É recomendado que a sequência do plano de tratamentos comece com técnicas menos invasivas, sem dor e atraumáticas. Esta primeira fase de tratamentos é essencial para que o paciente se habitue ao ambiente do consultório dentário e construa uma relação de confiança com o médico dentista. É recomendado que procedimentos mais prolongados e mais invasivos sejam colocados numa fase mais avançada do tratamento, quando a confiança entre paciente e médico dentista já esteja estabelecida e o MAD estejam diminuídas ou não existam (Logan e Marek, 2007; Heaton, Milgrom e Weinstein, 2009 *cit in* Armfield e Heaton, 2013).

1.ii.2.3- Relação médico-paciente- equipa

O ambiente da consulta e o relacionamento com a equipa dentária pode ter mais influência na aquisição do MD do que outros aspetos, como o tipo de TD efetuado, ou o tipo de patologia dentária presente (Townend, Dimigen e Fung, 2000).

As investigações sugerem que, nos casos em que se verifica um comportamento inadequado devido ao MAD, se este não for valorizado pelo profissional e pela sua equipa, ocorrerá, um aumento desta vivência nos TD futuros (Stokes e Kennedy, 1980; Stark *et al.*, 1987).

Num estudo realizado por Costa e Moraes (1994), os autores destacam que as crianças apontaram como negativos alguns aspetos relacionados à falta de interação entre o profissional e o paciente, dizendo que é desagradável “ter um estranho a mexer na minha boca” (Costa e Moraes, 1994 *cit in* Possobon *et al.*, 2007).

De acordo com a *American Association of Pediatric Dentistry* (AAPD), uma contínua interação envolvendo o médico dentista, a equipa dentária, o paciente, e os pais direcionada para comunicação e educação vai diminuir o MD e a AD, promovendo uma orientação do comportamento e cooperação durante o TD. Os comportamentos do médico dentista e membros da equipa de dentária desempenham um papel importante na orientação comportamento do paciente pediátrico. A promoção da confiança e empatia da equipa dentária pode eliminar o MD e a AD, ensinar mecanismos adequados de como enfrentar o MAD e orientar a criança para ser cooperativo, relaxado e auto-confiante no consultório dentário. Um comportamento bem sucedido e uma adequada orientação permite que a equipa de SO consiga realizar um tratamento de qualidade com segurança e eficiência e nutrindo uma atitude positiva na criança (AAPD, 2011).

1.ii.2.4- Condição sócio económica

De acordo com o estudo realizado por Torriani *et al.* (2014), nos países desenvolvidos, as famílias com um estatuto socioeconómico mais baixo, têm maior prevalência de MD e exercem uma influência negativa no comportamento da criança em consultório dentário, quando comparadas a crianças com famílias de estatutos socioeconómicos superiores (Torriani *et al.* 2014).

Um outro estudo realizado nos Estados Unidos por Milgrom *et al.* (1995), e citado por El-Housseiny *et al.* (2014), afirma que mães com nível educacional igual ou inferior ao ensino secundário, têm mais tendência a terem MD (Milgrom *et al.*, 1995 *cit in* El-Housseiny *et al.*, 2014).

Já um outro estudo realizado na Arábia Saudita, por Lea e Febiger (1988) e também citado por El- Housseiny, demonstrou que pais com um nível educacional mais elevado

tendem a ser superprotetores, enquanto pais com uma educação mais baixa permitem que os filhos sejam mais autónomos, o que vai encorajar a independência e confiança em situações desconhecidas (Lea e Febiger, 1988 *cit in* El-Housseiny *et al.*, 2014).

Por outro lado, em outro estudo, também na Arabia Saudita, constatou-se que os pais com uma educação ou estatuto socioeconómico mais baixo, usavam como método de disciplina ou castigo para com os filhos a indução do medo através da ameaça de uma ida ao médico ou levar uma injeção. Logicamente e talvez de forma inconsciente, induzindo medo às crianças dos médicos e dos seus tratamentos (El-Housseiny *et al.*, 2014).

O MAD estão fortemente associados a problemas comportamentais na consulta dentária, é, assim, importante que o médico dentista perceba o que é o MAD, e as repercussões que podem ter no cuidado da SO. Pois, só assim será possível efetuar uma correta abordagem e orientação do comportamento da criança, baseada na comunicação e educação, através de uma conjugação contínua de esforços por parte de todos os intervenientes: o médico dentista, a sua equipa, o paciente e o responsável da criança. Desta forma, construir-se-á uma relação de confiança e empatia com o paciente, que contribuirá para uma redução do MAD da criança e também dos próprios responsáveis, e para uma plena colaboração da criança durante a consulta (Krikken, Cate e Veerkamp, 2010; Assunção *et al.*, 2013; Abtahi *et al.*, 2015).

Um melhor conhecimento da etiologia e das características da AD da criança e dos responsáveis, permitirá a sua deteção precoce, e até mesmo a sua prevenção ou minimização, através de uma abordagem adequada de pais e paciente por parte do médico dentista e de toda a sua equipa (Sharif, 2010; Armfield e Heaton, 2013).

Assim, sabendo da relação entre AD parental, AD da criança e comportamento da criança durante o TD, e da importância destes três fatores na implementação de bons cuidados de SO e de uma atitude positiva em relação à consulta dentária e à SO, em geral, realizou-se um estudo onde se pretende avaliar os fatores determinantes do comportamento infantil na consulta de medicina dentária, comparando estes três parâmetros entre si e entre outras variáveis igualmente importantes.

2-Materiais e métodos

2.i-Pesquisa bibliográfica

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados *Pumed (Medline)* e *Science Direct*, de Maio a Setembro de 2015 utilizando as palavras-chave: “*dental fear AND children*”; “*dental fear AND parents*”; “*dental anxiety AND children*”; “*dental anxiety AND parents*”. Empregaram-se os seguintes limites: *abstract* disponível, artigos em língua inglesa, espanhola e portuguesa, publicados nos últimos 10 anos e estudos realizados em humanos. No total foram encontrados 669, artigos com base na leitura do título e respetivo abstract foram selecionados 159 artigos. Após a leitura na íntegra foram incluídos um total de 45 artigos.

2.ii- Investigação científica

2.ii.1- Objetivos

O objetivo deste trabalho foi avaliar os fatores determinantes do comportamento infantil na consulta de medicina dentária na Unidade de Saúde da Ilha Terceira, em crianças com idades entre os 4 e os 16 anos.

2.ii.2- Tipo de estudo

Foi realizado um estudo epidemiológico observacional transversal com recurso a um questionário onde foi garantido o anonimato dos participantes. O questionário foi dirigido às crianças que frequentaram a consulta de medicina dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira, do Concelho da Praia da Vitória e seus responsáveis e aos médicos dentistas que consultavam essas crianças.

2.ii.3- Amostra

Para participar neste estudo foram incluídas todas as crianças de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 4 e os 16 anos, utentes das consultas dentárias da Unidade de Saúde da Ilha Terceira no Concelho da Praia da Vitória, do dia 30 de Abril a 8 de Maio de 2015.

Tendo em conta os critérios de inclusão/exclusão abaixo descritos, nenhuma criança foi excluída do estudo, sendo a amostra estudada constituída por um total de 53 crianças.

2.ii.4-Critérios de inclusão e exclusão

2.ii.4.1-Critérios de inclusão

- Utes da Unidade de Saúde da Ilha Terceira, Concelho da Praia da Vitória;
- Consulta dentária agendada para o período compreendido entre 30 de Abril a dia 8 de Maio de 2015;
- Consentimento informado previamente assinado.

2.ii.4.2- Critérios de exclusão

- Crianças não acompanhadas pelo responsável;
- Crianças cujos responsáveis se recusaram a assinar o consentimento informado, não autorizando a participação no estudo;
- Crianças portadoras de deficiência física ou intelectual;
- Questionários com ausência de respostas, incompletos, preenchidos de forma incorreta ou não preenchidos por uma das partes intervenientes no processo: criança, responsáveis, médico dentista;
- Questionários em que o responsável interfere com a resposta da criança.

2.ii.5- Metodologia e recolha de dados

Para a realização do presente estudo, foi solicitada a autorização da Direção da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, do Concelho de Ética da Universidade Fernando Pessoa, da Direção da Unidade de Saúde da Ilha Terceira do Concelho da Praia da Vitória e dos respetivos Médicos Dentistas envolvidos no estudo (Anexo I, II, III).

O estudo avançou após o parecer favorável de todas as entidades referidas.

A recolha de dados foi realizada na Unidade de Saúde da Ilha Terceira no Concelho da Praia da Vitória, do dia 30 de Abril a 8 de Maio de 2015.

Após a assinatura do consentimento informado (Anexo IV, V e VI) garantindo sempre o anonimato da criança e do seu responsável, foi realizado um questionário ao responsável das crianças (Anexo IX). Na sala de espera, antes da criança entrar na consulta dentária, cada responsável preencheu um questionário onde constam essencialmente as questões referentes à Classificação Social Internacional Proposta por Graffar e a *Corah Dental Anxiety Scale, Revised* (DAS-R), esta última com o objetivo de avaliar a AD parental (Anexo VII).

À criança, também antes da consulta dentária, foi aplicada a *Facial Image Scale* (FIS) (Figura 2), e solicitado à criança pelo investigador que respondesse a duas questões simples e diretas:

-“*Mostra-me como te sentiste quando te disseram que vinhas hoje ao dentista?*”

-“*Mostra-me como te estás a sentir agora aqui à espera de entrar na consulta?*”

Esta escala visual foi aplicada, garantindo sempre que o responsável não interferia na resposta da criança, com o objetivo de avaliar a AD da criança. Recorreu-se a esta escala por ser fácil, prática e rápida de aplicar e ainda por poder ser compreendida e realizada por crianças de qualquer idade, mesmo as mais pequenas (Figura 2). Por fim, foi também aplicado um breve questionário ao médico dentista, que era preenchido após

a consulta dentária de cada criança, onde era especificado o tipo de TD realizado à criança e avaliado o comportamento desta durante a consulta, recorrendo à Escala de Avaliação do Comportamento da Criança durante o TD (Frankl *et al.*, 1962), adaptada por Barros L para Portugal em 2005 (Anexo VIII).

2.ii.6-Métodos de avaliação da AD e do comportamento da criança na consulta

Existem vários métodos de avaliação da AD e do comportamento em crianças e também de avaliação da AD em adultos.

Neste estudo avaliou-se a AD em Crianças, através de um método de avaliação visual, recorrendo à FIS (Figura 2). A FIS contém 5 faces numeradas de 1 a 5, sendo que a face número 1 corresponde ao estado “muito triste” e a face número 5 corresponde ao estado “muito feliz”, e têm como objetivo traduzir o estado de ansiedade da criança. Foi solicitado, pelo investigador, à criança que respondesse, apontando com o dedo para uma das faces da referida escala, a duas questões simples e diretas:

-“*Mostra-me como te sentiste quando te disseram que vinhas hoje ao dentista?*”

-“*Mostra-me como te estás a sentir agora aqui à espera de entrar na consulta?*”

De acordo com os protocolos para aplicação da FIS, cada criança foi interrogada antes da consulta e fora do consultório dentário, garantindo sempre que o responsável não interferia na resposta da criança.

Selecionou-se esta escala por ser equivalente à *Venham Picture Test* (VPT) (Figura 3), que seria outra das opções para medir a AD da criança na consulta, por ser mais fácil, prática e rápida de aplicar, e ainda por poder ser facilmente compreendida e aplicável em crianças de qualquer idade, mesmo as mais pequenas. A equivalência entre as duas escalas foi comprovada no estudo de Buchanan e Niven (2002). O mesmo estudo comprovou também algumas limitações da VPT:

- Trata-se de uma escala mais extensa, com oito imagens, cada imagem contém duas figuras, são realizadas oito conjuntos de perguntas e o paciente têm de apontar para uma das figuras de cada imagem, sendo que uma figura representa “Ansiedade” e a outra figura representa “Sem Ansiedade”. Logo é uma escala que requer algum tempo para ser corretamente aplicada, o que pode ser problemático em crianças de faixas etárias menores;
- O paciente em todas as imagens é representado por uma criança do género masculino, o que pode trazer problemas na resposta das crianças do género feminino, por não se reverem na imagem;
- Algumas figuras são ambíguas, podendo suscitar dúvidas na criança aquando da resposta.

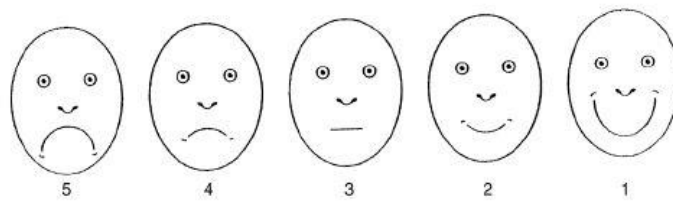


Figura 2- Facial Image Scale (FIS) (Adaptado de Buchanan e Niven, 2002).

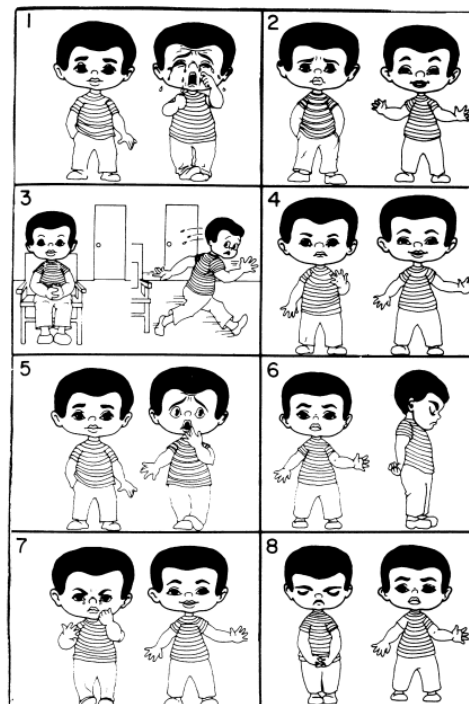


Figura 3- Venham Picture Test (Adaptado de Venham, 1979 cit in Buchanan e Niven, 2002).

Na avaliação da AD em Adultos, recorreu-se à *Corah Dental Anxiety Scale, Revised* (DAS-R) (Figura 4; Anexo VII), desta constam quatro perguntas de resposta fechada, em que cada resposta corresponde a uma pontuação pré-definida, que no seu conjunto pode corresponder a um mínimo “Sem Ansiedade” quando a soma da pontuação das quatro perguntas se situa entre os 4 e 8 valores e a um máximo “Ansiedade Severa”, quando a soma da pontuação das quatro perguntas se situa entre os 15 e 20 valores.

AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DENTARIA DOS ACOMPANHANTES DA CRIANÇA

- a) Se tiver que ir ao dentista amanhã, como se sentiria?
 - I. Uma experiencia razoavelmente agradável
 - II. Não me importava
 - III. Ligeiramente desconfortável
 - IV. Desconfortável e com dor
 - V. Com muito medo do que o dentista pudesse fazer.

- b) Enquanto está na sala de espera do dentista, como se sente?
 - I. Relaxado(a)
 - II. Meio desconfortável
 - III. Tenso(a)
 - IV. Ansioso(a)
 - V. Tão ansioso(a) que começo a suar ou sentir-me mal

- c) Quando esta sentado(a) na cadeira do dentista e o dentista preparar a turbina para trabalhar nos dentes, como se sente?
 - I. Relaxado(a)
 - II. Meio desconfortável
 - III. Tenso(a)
 - IV. Ansioso(a)
 - V. Tão ansioso(a) que começo a suar ou a sentir-me mal.

- d) Quando esta sentado(a) na cadeira do dentista e o dentista preparar a pegar os instrumentos para raspar os dentes (perto da gengiva), como se sente?
 - I. Relaxado(a)
 - II. Meio desconfortável
 - III. Tenso(a)
 - IV. Ansioso(a)
 - V. Tão ansioso(a) que começo a suar ou a sentir-me mal

Figura 4- *Corah Dental Anxiety Scale, Revised* (DAS-R) (Adaptada para Portugal por Gorenstein, Hu e Fuentes 2007).

Para a avaliação do Comportamento da criança na consulta dentária, foi aplicado um breve questionário ao médico dentista, que era preenchido após a consulta dentária de cada criança, onde era especificado o tipo de TD realizado à criança e avaliado o comportamento durante a consulta, recorrendo à Escala de Avaliação do Comportamento da Criança durante o TD (Frankl *et al.*, 1962 adaptada por Barros L.

para Portugal em 2005) (Figura 5; Anexo VIII). De acordo com esta escala o comportamento era classificado como “Definitivamente Negativo”, quando a criança rejeita o tratamento, não colabora, chora vigorosamente, demonstrando agressividade, pânico ou alguma outra evidência de negativismo extremo; como “Negativo” quando a criança demonstra relutância em aceitar o tratamento, não colabora, evidencia atitude negativa, mas não exagerada, isto é, receoso, amuado, birrento e/ou retraído; como “Positivo” quando há uma aceitação do tratamento por parte da criança, por vezes com queixas, mas com boa vontade de obedecer ao médico dentista e colaborar no tratamento; ou como “Definitivamente Positivo” quando a criança demonstra boa comunicação com o dentista, interesse nos procedimentos dentários, está descontraída e com à vontade, rindo e apreciando a situação.

COMO CLASSIFICA A ATITUDE D CRIANÇA PERANTE O TRATAMENTO DENTÁRIO

1. ____ Definitivamente negativo
2. ____ Negativo
3. ____ Positivo
4. ____ Definitivamente positivo

Figura 5 - Escala de Avaliação do Comportamento da Criança Durante o TD (Frankl *et al.*, 1962, adaptado por Barros (2007) para Portugal)

Posteriormente e com o objetivo de simplificar a apresentação e interpretação dos dados, estas três escalas (FIS, DAS-R e Frankl) foram reduzidas a três ou duas categorias:

- Na FIS estipulou-se que sempre que as respostas das crianças recaíssem nas faces 1, correspondente a “Muito Feliz”, e 2, correspondente a “Feliz”, estas seriam incluídas na mesma categoria denominada “Sem Ansiedade”, as que recaíssem na face 3 eram categorizadas como “Ambíguo”, e quando recaíssem nas faces 4, correspondente a “Triste”, e 5, correspondente a “Muito Triste”, seriam incluídas na categoria “Com ansiedade”;
- Na DAS-R, as 4 categorias: “Sem Ansiedade”, “Ansiedade Moderada”, “Ansiedade Elevada” e “Ansiedade Exagerada”, agruparam-se em duas. “ Ansiedade

Exagerada”, “Ansiedade Elevada” e “Ansiedade Moderada” foram incluídas numa só categoria - “Com Ansiedade”, e a categoria “Sem Ansiedade” manteve-se “Sem Ansiedade”.

- Na escala de Frankl, os resultados obtidos em relação ao comportamento durante a consulta, de quatro passaram a apenas duas categorias. Incluíram-se então em “Comportamento negativo” as crianças que apresentavam comportamento “definitivamente negativo” e “negativo”, e em “Comportamento positivo” as que apresentavam comportamento “definitivamente positivo” e “positivo”.

A DAS-R e a Escala de Frankl foram as selecionadas para este estudo, entre as disponíveis para a avaliação da AD em adultos e do comportamento infantil na consulta dentária, respetivamente, por serem simples, de fácil aplicação e interpretação, e por já terem sido utilizadas noutros estudos semelhantes, nomeadamente, “Dental Anxiety in 6-7-year-old children treated in accordance with conventional restorative treatment, ART and ultra-conservative treatment protocols” por Matos *et al.* (2011) e “Patterns of dental anxiety in children after sequential dental visits” por Abreu *et al.* (2011).

2.ii.7- Análise estatística

Os dados recolhidos durante o período de investigação foram transferidos para uma folha de cálculo no programa *Microsoft Excel* (2010).

A análise estatística foi realizada com recurso ao programa informático *IBM© SPSS© Statistics* vs 22.0.

As variáveis qualitativas foram descritas utilizando contagens e respetivas frequências relativas em percentagem.

As comparações de contagens absolutas foram realizadas através do teste de qui-quadrado.

Em todas as comparações, a regra de decisão adotada correspondeu a um nível de significância estatística de 5%, consistindo em rejeitar a hipótese nula do teste considerado para um valor de $p < 0,05$.

3. Resultados

Apresentam-se de seguida os resultados do estudo realizado, com uma amostra de 53 crianças, com idades entre os 4 e os 16 anos, e cujo objetivo foi avaliar os fatores determinantes do comportamento infantil na consulta de medicina dentária na Unidade de Saúde da Ilha Terceira.

3.i. Caracterização da amostra

Tabela I- Distribuição do género dos participantes

Género	Frequência	%
Masculino	31	58,5
Feminino	22	41,5
Total	53	100,0

Tabela II- Distribuição da idade dos participantes

Faixa Etária	Frequência	%
Pré Escolar	7	13,2
Escolar	28	52,8
Adolescente	18	34,0
Total	53	100,0

Legenda: Faixa etária pré-escolar: 4-6 anos; Faixa etária escolar- crianças 7-11 anos; Faixa etária adolescente- 12-16 crianças

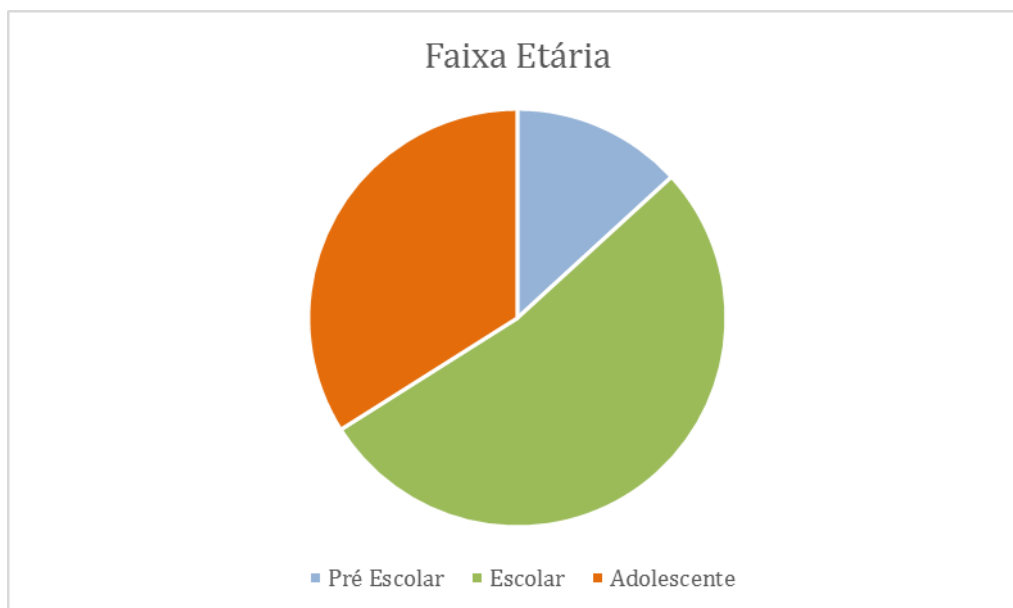


Figura.6- Gráfico representativo da distribuição da faixa etária das crianças

Tabela III- Idades das crianças: média e mediana.

Idade	
Média	10,09
Mediana	10,00

Tabela IV- Distribuição das crianças segundo o tipo de consulta: primeira consulta ou não primeira consulta

Primeira consulta	Frequência	%
Não	49	92,5
Sim	4	7,5
Total	53	100,0

Tabela V- Distribuição das crianças de acordo com o número de vezes (anteriores) que foram ao médico dentista

Vezes que veio ao MD (anterior)	Frequência	%
1 vez	1	2,0
2 vezes	10	20,4
3 vezes	4	8,2
mais de 3 vezes	34	69,4
Total	49	100,0
Ausente	4	
Total	53	

Tabela VI - Distribuição da ansiedade parental

Ansiedade Parental	Frequência	%
Sem Ansiedade	27	50,9
Com Ansiedade	26	49,1
Total	53	100,0

Tabela VII- Distribuição da condição socioeconómica

Classificação Social	Frequência	%
Baixa	11	20,8
Média	30	56,6
Alta	12	22,6
Total	53	100,0

A amostra consistiu em 53 crianças, 31 (58,5%) do género masculino e 22 (41,5%) do género feminino (Tabela I). Dividiram-se as crianças em três grupos consoante as suas idades: a faixa etária pré-escolar correspondente a (13,2%) crianças, com idades compreendidas entre 4 e 6 anos, a faixa etária escolar correspondente a 28 (52,8%) crianças, com idades compreendidas entre os 7 e 11 anos, e a faixa etária adolescente correspondente a 18 (34%) crianças, com idades compreendidas entre os 11 e 16 anos (Tabela II, Figura 6). Verificou-se que a idade média das crianças participantes no estudo foi de 10 anos e a mediana das idades da amostra foi também os 10 anos, valor que pertence à faixa etária escolar (Tabela III).

Das 53 crianças inquiridas, 4 (7,5%) foram pela primeira vez ao médico dentista nesse dia (Tabela IV). Excluindo essas 4 crianças, 1 (2%) criança só tinha comparecido anteriormente a uma consulta dentária, 10 (20,4%) crianças foram anteriormente a duas consultas dentárias, 4 (8,2%) crianças foram anteriormente a três consultas dentárias e 34 (69,4%) crianças já tinham ido ao médico dentista anteriormente, mais de três vezes (Tabela V).

Relativamente à classificação social pela Escala de Graffar, categorizou-se em classe baixa, média e alta, sendo que a classificação social média foi a mais prevalente, com 30 (56,6%) crianças, seguindo-se a alta com 12 (22,6%) crianças e a baixa com 11 (20,8%) crianças (Tabela VII).

Na avaliação da ansiedade parental com recurso à DAS-R, detetou-se que 26 (49,1%) dos pais/responsáveis apresentavam AD, e 27 (50,9%) dos indivíduos não apresentavam AD (Tabela VI).

3.ii. Apresentação dos dados da avaliação da AD na criança com base na Escala FIS

Tabela VIII- Resultados da avaliação da AD na criança pela Escala FIS

Ansiedade Criança	Frequência	%
Sem Ansiedade	39	73,6
Ambíguo	8	15,1
Com Ansiedade	6	11,3
Total	53	100,0

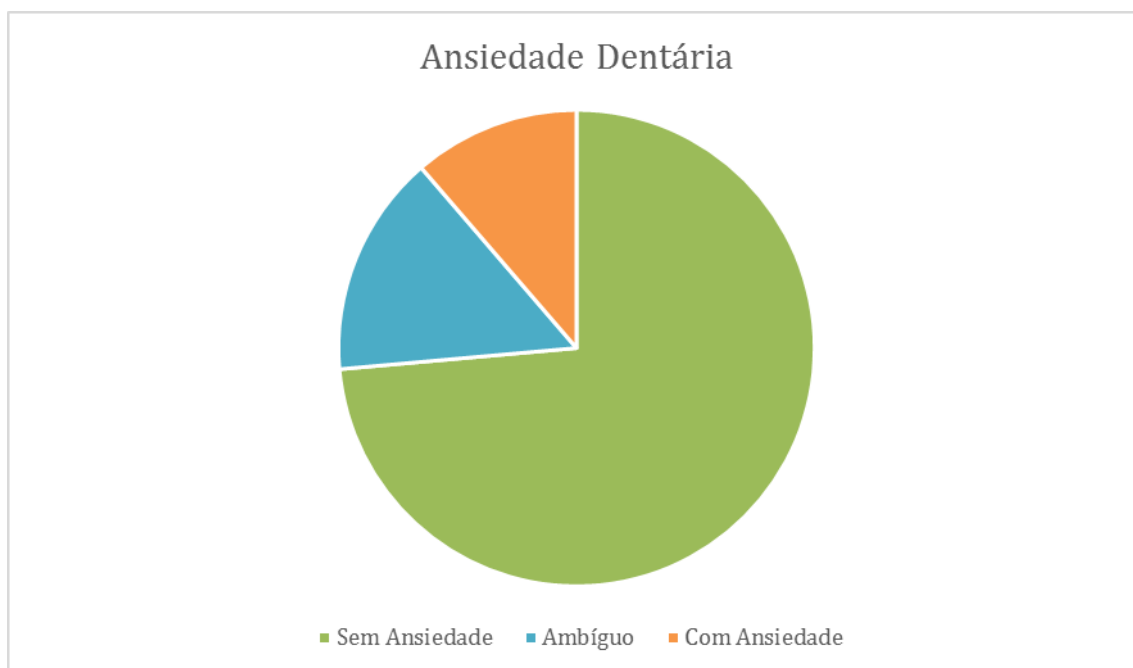


Figura 7- Ansiedade Dentária das crianças

Recorrendo à escala visual e de auto avaliação FIS para avaliar a AD da criança antes de entrar no consultório dentário, representada com 5 faces, considerou-se “com ansiedade” a criança que apontava para as faces número 5 (“Muito Triste”) ou 4

(“Triste”), ”Ambíguo” a criança que apontava para a face 3 (“Normal”) e “Sem Ansiedade”, quando a criança apontava para a face 2 (“Triste”) ou 1 (“Muito Triste”). Verificou-se que 6 (11,3%) crianças apresentavam ansiedade, 39 (73,6%) crianças não apresentavam ansiedade e 8 (15,1%) foram classificadas como pertencendo ao grupo ambíguo (Tabela VIII, Figura 7).

3.iii- Apresentação dos resultados da avaliação do comportamento da criança na consulta com base na Escala de Frankl

Tabela IX- Resultados da avaliação do comportamento da criança durante a consulta de medicina dentária com base na Escala de Frankl

Comportamento	Frequência	%
Negativo	1	1,9
Positivo	52	98,1
Total	53	100,0

Foi avaliado o comportamento da criança, recorrendo à Escala de Avaliação do Comportamento da Criança Durante o TD, por Frankl *et al.*, 1962, adaptada por L. Barros (2005). Apenas foi detetada 1 (1,9%) criança com comportamento negativo.

De acordo com esta escala o comportamento da criança durante a consulta de medicina dentária foi classificado como “Definitivamente Negativo” “Negativo”, “Positivo” e “Definitivamente Positivo” pelo médico dentista, no final da consulta. Para facilitar a leitura dos dados estatísticos, considerou-se o comportamento “Negativo” quando o comportamento da criança na consulta foi classificado como Negativo ou Definitivamente Negativo pelo médico, e como “Positivo”, quando o comportamento da criança na consulta foi classificado como Positivo e Definitivamente Positivo.

Apenas uma criança apresentou comportamento negativo durante a consulta (1,9%) e as restantes 52 apresentaram comportamento positivo (98,1%) (Tabela IX).

3.iv- Relação entre a AD e a idade da criança

Tabela X- Frequências absolutas da ansiedade dentária em relação à idade da criança

Faixa Etária	Pré Escolar	Escolar	Adolescente	Total
Sem Ansiedade	7	21	11	39
Ambíguo	0	3	5	8
Com Ansiedade	0	4	2	6
Total	7	28	18	53

Analisando os resultados verificou-se que, das 7 (13,2%) crianças em idade pré-escolar avaliadas nenhuma apresentava AD, das 28 (52,8%) crianças em idade escolar 4 (7,5%) apresentavam AD e das 18 (34%) crianças adolescentes 2 (3,8%) apresentavam AD.

Comparou-se a AD das crianças segundo faixa etária a que pertencem, com recurso ao teste de qui-quadrado, não tendo sido evidenciada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,249$).

Das crianças com AD, 52,80% estão no grupo da faixa etária “Escolar”, ou seja, com idades compreendidas entre os 7 e os 11.

3.v. Relação entre a AD e o género da criança

Tabela XI- Frequências absolutas da ansiedade dentária em relação ao género da criança

Género	Sem Ansiedade	Ambíguo	Com Ansiedade	Total
Masculino	22	5	4	31
Feminino	17	3	2	22
Total	39	8	6	53

Encontraram-se mais crianças ansiosas no género masculino (7,5%), do que no género feminino (3,8%) (Tabela XI). Ao comparar a AD nas crianças do género feminino com as do género masculino, com recurso ao teste do qui-quadrado, não se evidenciou diferença estatisticamente significativa ($p = 0,866$).

3.vi. Relação entre a AD e o número de consultas dentárias

Tabela XII-Distribuição da AD da criança de acordo com o número de consultas dentárias anteriores

Primeira consulta	Sem Ansiedade	Ambíguo	Com Ansiedade	Total
Não	35	8	6	49
Sim	4	0	0	4
Total	39	8	6	53

Vezes (anteriores) que foi ao MD	Sem Ansiedade	Ambíguo	Com Ansiedade	Total
1 vez	1	0	0	1
2 vezes	6	1	3	10
3 vezes	4	0	0	4
mais de 3 vezes	24	7	3	34
Total	35	8	6	49

Verificou-se que nenhuma das crianças cuja consulta era uma primeira vez apresentou AD. Sendo que as 6 crianças com AD recaíram nos grupos “2 vezes ao médico dentista anteriormente” e “mais de 3 vezes ao medico dentista anteriormente” (Tabela XII). Relacionou-se a AD da criança com a primeira vez, ou não, numa consulta de medicina dentária. Recorreu-se para isso ao teste de qui-quadrado, não tendo sido evidenciada diferença estatisticamente significativa nos níveis de ansiedade das crianças que visitavam o médico dentista pela primeira vez, em relação às que já tinham sido consultadas previamente ($p = 0,460$). Também não existiram diferenças estatisticamente significativas entre a AD das crianças que já tinham comparecido a consultas dentárias anteriormente, sendo indiferente o número de vezes que a criança já tinha realizado consulta de medicina dentária ($p = 0,457$).

3.vii. Relação entre a AD da criança e a ansiedade parental

Tabela XIII- Distribuição de AD da criança de acordo com a ansiedade dentária parental

Ansiedade Parental \ Ansiedade Criança	Ansiedade Criança			Total
	Sem Ansiedade	Ambíguo	Com Ansiedade	
Sem Ansiedade	36%	8%	8%	51%
Com Ansiedade	38%	8%	4%	49%
Total	74%	15%	11%	100%

Analisando os dados verifica-se que 8% das crianças com AD pertenciam ao grupo dos pais sem AD, e apenas 4% das crianças com AD pertenciam ao grupo dos pais ansiosos. 36% das crianças sem AD pertencia ao grupo dos pais com AD e 38% das crianças sem AD pertencia ao grupo dos pais sem AD (Tabela XIII, Figura 8).

Comparou-se a AD da criança com a AD parental verificando-se, com recurso ao teste de qui-quadrado, que não existia diferença estatisticamente significativa entre estes dois parâmetros ($p = 0,714$).

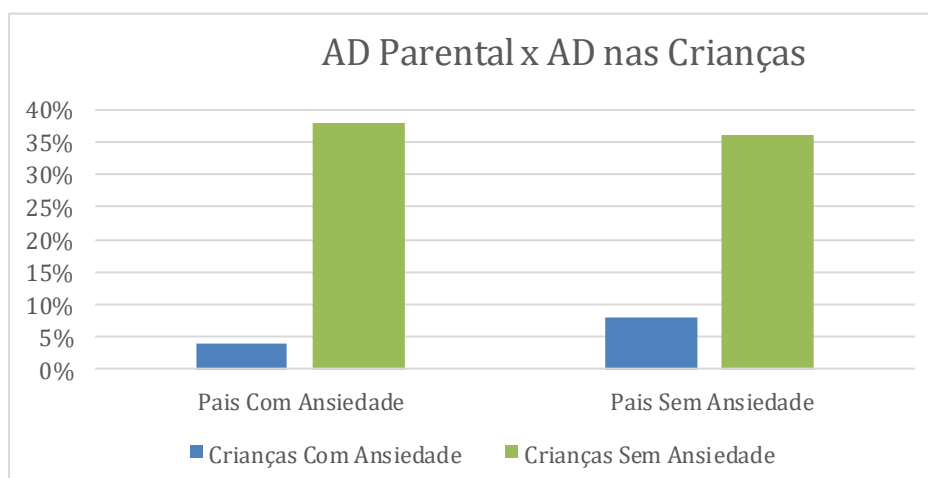


Figura 8- Gráfico representativo da distribuição de ansiedade dentária da criança de acordo com a ansiedade dentária parental em percentagem.

3.viii – Relação entre a AD da criança e a condição socioeconómica

Tabela XIV- Distribuição de AD da criança de acordo com a sua condição socioeconómica

Classificação Social	Sem Ansiedade	Ambíguo	Com Ansiedade	Total
Baixa	17%	4%	0%	21%
Média	38%	9%	9%	57%
Alta	19%	2%	2%	23%
Total	74%	15%	11%	100%

Analisando os dados (Tabela XIV) observou-se ausência de crianças com AD no grupo de condição socioeconómica baixa, 9% de crianças com AD no grupo de condição socioeconómica média, 2% de crianças com AD na condição socioeconómica alta. Já 17% das crianças sem AD estavam incluídas no grupo de condição socioeconómica baixa, 38% inseria-se no grupo de condição socioeconómica média e 19% no de condição socioeconómica alta.

Comparou-se a AD da criança com a sua condição socioeconómica e verificou-se, com recurso ao teste de qui-quadrado, não existir diferença estatisticamente significativa entre a AD das crianças dos três níveis socioeconómicos ($p = 0,553$).

3.ix. – Relação entre a AD e o comportamento da criança na consulta

Tabela XV - Distribuição da AD da criança de acordo com o comportamento na consulta

Comportamento Criança	Negativo	Positivo	Total
Sem Ansiedade	1	38	39
Ambíguo	0	8	8
Com Ansiedade	0	6	6
Total	1	52	53

Analisando os resultados (Tabela XVI) verificou-se que a única criança que apresentou comportamento negativo durante a consulta não apresentava AD antes da consulta, e todas as crianças com AD (6 crianças) tiveram comportamento positivo na consulta. Comparou-se a AD da criança com o seu comportamento na consulta, com recurso ao teste de qui-quadrado, não tendo sido evidenciada diferença estatisticamente significativa ($p = 0,833$).

4. Discussão

No presente estudo, verificou-se que a prevalência de AD em criança 11,3%. Já a prevalência de AD parental foi bastante maior, 49,1%.

Vukojevic *et al.*, (2014) avaliaram o MAD em crianças e verificaram que 75% das crianças do seu estudo não apresentaram medo e que a maior parte dos participantes (56%) no estudo não apresentam ansiedade ou apresentam níveis de ansiedade muito baixos.

Os autores Buchanan e Niven (2002) também recorreram à escala FIS para avaliar a AD das crianças e verificaram que havia um número pequeno de participantes (7 crianças) que escolheram as faces negativas (“Triste” e “Muito Triste”) e 72 crianças escolheram as faces positivas (“Feliz” e “Muito Feliz”). Estes dados estão de acordo com o presente

estudo, em que apenas 11,3% das crianças escolheram as faces negativas e 73,6% das crianças optaram pelas faces positivas.

Estes resultados apontam para uma mudança de mentalidade em relação à consulta e aos TD nas novas gerações, provavelmente fruto dos avanços tecnológicos da medicina dentária, que permitem atualmente consultas mais agradáveis. Neste caso particular, esta mudança de atitude para com a consulta dentária, estará ainda associada ao trabalho de motivação através de visitas regulares do médico dentistas às escolas, e da realização precoce de rastreios orais e de visitas regulares da população infantil ao médico dentista, que têm sido promovidos nos últimos anos na Região Autónoma dos Açores, nomeadamente na Ilha Terceira.

Relativamente à comparação entre a AD e o género, os resultados estão de acordo com a maioria dos estudos anteriores, onde também se verificou não existir diferença estatisticamente significativa entre a AD no género feminino e masculino. Muito embora alguns estudos, como o de Lea e Febiger (1998), tenham encontrado diferenças entre géneros, atribuídas essencialmente a questões culturais, hábitos sociais, e também devido às diferenças nos sistemas de saúde dos diversos países (Lea e Febiger, 1988 *cit in* El-Housseiny *et al.*, 2014).

Torriani *et al.*, (2014) defenderam, no seu estudo, que não é possível identificar uma relação entre o género da criança e o MAD. Os autores justificam esta inexistente relação porque nas crianças as regras culturais e padrões sociais ainda não estão bem estabelecidos (Torriani *et al.*, 2014).

Quanto à relação entre faixa etária e AD, os estudos anteriores revelam uma relação controversa. No estudo realizado não houve diferença estatisticamente significativa entre a AD nas crianças de faixa etária pré-escolar, escolar e adolescente. No entanto alguns estudos indicam que crianças de idade pré-escolar (menores de 6 anos) apresentam mais frequentemente MAD associados à imaturidade socioemocional e ao medo de estranhos, característicos essencialmente de crianças mais pequenas (Folayana, Idehen e Ojo 2009 *cit in.*, Lee, Chang e Huang, 2007).

Na amostra analisada neste estudo, apenas 13,2% eram crianças em idade pré-escolar e destas 0% apresentaram AD, 52,8% eram crianças em idade escolar e destas 7,6% apresentaram AD, o que está em desacordo com essa afirmação.

No estudo de Lee, Chang e Huang (2007), embora não seja considerada, pelos autores do estudo, uma diferença estatisticamente significativa, há uma prevalência de AD mais elevada, cerca de 25%, em crianças pré escolares (5 anos), quando comparada à prevalência de AD em crianças de faixa etária escolar (8 anos), correspondendo a 19,3%.

É possível que o número reduzido de crianças da faixa etária pré-escolar envolvidas no estudo tenha contribuído para esta discordância de resultados.

Sendo assim, não foi encontrada diferença estatisticamente significativas entre a AD e o género ou idade da criança, isto está de acordo com o estudo realizado por Buchanan e Niven (2002) que utilizam a escala FIS para avaliarem a AD em crianças, e no seu estudo, também não se evidenciou diferença estatisticamente significativa no que toca à AD em função da idade e género das crianças (Buchanan e Niven, 2002).

Ao comparar a AD em crianças que já foram ao médico dentista anteriormente, com aquelas que foram pela primeira vez à consulta de medicina dentária, era de esperar que as crianças que nunca foram ao médico dentista anteriormente demonstrassem AD.

No entanto os resultados deste estudo apontam para uma ausência de AD nas crianças que visitaram naquele dia o médico dentista pela primeira vez, encontrando-se todas as crianças com AD no grupo das que já tinham efetuado consultas prévias.

Esta ausência de relação não é sustentada pelos estudos já existentes que afirmam que há uma associação clara entre o ir ao médico dentista pela primeira vez e AD.

Olak *et al.*, (2013), no seu estudo, observaram que o grupo das crianças que iam ao médico dentista pela primeira vez apresentavam alta prevalência de MAD, quando comparadas com crianças que já haviam realizado consultas de medicina dentária anteriormente e que frequentavam o médico dentista de forma regular (Olak *et al.*, 2013).

No caso do presente estudo acredita-se que, o fato do estudo decorrer numa consulta dentária que decorre numa Unidade de Saúde que as crianças já frequentam habitualmente para outras consultas e exames médicos, tenha contribuído para este resultado.

Também o fato das crianças já conhecerem os médicos dentistas envolvidos no estudo das ações de motivação e rastreios escolares de SO, pode explicar esta ausência de AD nas crianças que iam pela primeira vez ao dentista, naquele dia.

Relativamente à ausência de uma diferença estatisticamente significativa entre a AD da criança e a AD parental, também não está em concordância com estudos prévios que reportam a existência de uma relação importante entre AD da criança e AD parental, especialmente quando se fala da relação entre mãe e filho (Rantavuori *et al.*, 2004 *cit in* El Housseiny *et al.*, 2014).

De acordo os valores na Figura 8, verifica-se que o fator etiológico da AD não é a AD parental, ou seja, o fato dos pais terem ou não AD parece não interferir com a AD dos filhos.

Estes dados estão de acordo com a observação de Nicolas *et al.* (2010). Os autores concluíram que é possível que algumas crianças não reconheçam o sentimento de medo nos seus pais, por isso pode não existir uma associação direta entre AD na criança e AD parental (Nicolas *et al.*, 2010).

Também o reduzido tamanho da amostra pode explicar o fato de não se ter encontrado uma relação estatisticamente significativa entre as referidas variáveis.

De acordo com El- Hussein *et al.* (2014), é necessário fazer-se mais pesquisas acerca do efeito que os pais podem ter no MAD (El-Husseiny *et al.*, 2014).

De acordo os estudos existentes, a associação entre estatuto sócioeconómico e AD na criança é ambígua. Autores como Torriani *et al.*, (2014) referem que, famílias com um estatuto socioeconómico mais baixo, têm maior prevalência de MAD e exercem uma influência negativa no comportamento da criança em consultório dentário, quando comparadas a crianças com famílias de estatutos socioeconómicos superiores (Torriani *et al.*, 2014).

Em contrapartida, Lea e Febiger (1988) demonstraram que pais com um nível educacional mais elevado tendem a ser superprotetores, enquanto pais com uma educação mais baixa permitem que os filhos sejam mais autónomos, o que vai encorajar a independência e confiança em situações desconhecidas (Lea e Febiger, 1988 *cit in* El-Housseiny *et al.*, 2014).

No presente estudo não se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre o nível de AD nas crianças dos três estratos socioeconómicos. O tamanho reduzido da amostra e o fato de aproximadamente 60% das crianças pertencerem a uma classe socioeconómica média poderá justificar o resultado, pois os estudos anteriores apenas referem existência de relação entre a AD e as classes socioeconómicas alta e baixa.

Relativamente à associação entre a AD e o comportamento da criança, não foi evidenciada qualquer tipo de relação, neste estudo. O número de com AD antes da consulta foi reduzido (6 crianças), e apenas uma criança revelou comportamento negativo durante o tratamento, sendo que esta nem sequer fazia parte do grupo de crianças com AD.

Assim o estudo realizado não corrobora o que foi encontrado em investigações anteriores, nomeadamente por Krikken, Cate e Veerkamp (2010) e Assunção *et al.*, (2013). Estes autores afirmam que o MAD associavam-se frequentemente a problemas de comportamento e à incapacidade de colaboração durante os TD.

De uma forma geral, os fatores que poderão ter contribuído para estes resultados, muitas vezes, discordantes e inconclusivos quando comparados com estudos anteriores, foram:

- O curto espaço de tempo em que foi realizado o estudo e como consequência disso, uma dimensão de amostra pequena;
- O fato de não ser uma amostra representativa da população, o estudo apenas visou as crianças que frequentavam as consultas da Unidade de Saúde da Ilha Terceira, e não as que frequentavam por exemplo clínicas dentárias privadas – viés de seleção;
- O local do estudo: o estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Ilha Terceira, ou seja, as crianças já frequentavam o espaço da Unidade de Saúde por outros motivos (ex: consulta de pediatria) estando, por isso, já familiarizadas com o espaço;
- O fato das crianças estarem já bem familiarizadas com os médicos dentista que as consultaram, uma vez que, duas vezes por semana os mesmos médicos realizam ações de sensibilização nos colégios e escolas, que estas crianças frequentam;
- A Região Autónoma dos Açores promove, desde cedo, na população infantil, a realização de visitas dentárias pelo menos uma vez por ano, sendo garantido um acompanhamento médico-dentário destas crianças, de acordo com as suas necessidades, até aos 16 anos de idade. Assim, as consultas e os TD, para estas crianças poderão ser mais facilmente encarados como algo normal e rotineiro, sem qualquer motivo para desenvolver MAD ou comportamentos negativos.

4.i Limitações do estudo

As maiores limitações do presente estudo, foram o curto espaço de tempo em que foi realizado, de 30 de Abril a 8 de Maio de 2014, a reduzida dimensão da amostra e a falta de representatividade da mesma em relação à população.

Outra limitação foi a existência de viés de seleção, uma vez que a seleção dos participantes não foi aleatória, correspondendo os participantes do estudo a todas as

Fatores Determinantes do Comportamento Infantil na Consulta de Medicina Dentária da Unidade de
Saúde da Ilha Terceira

crianças que compareceram na consulta de medicina dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira, entre os dias 30 de Abril 8 de Maio de 2015.

III. Conclusão

Apesar das limitações do estudo, pôde-se concluir que as crianças que frequentaram a consulta de medicina dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira entre 30 de Abril a 8 de Maio apresentaram baixa prevalência de AD e elevada prevalência de comportamento positivo na consulta. Já os seus pais ou acompanhantes apresentaram uma prevalência de AD parental elevada.

Não se verificaram diferenças significativas de AD nas crianças das diferentes faixas, das diferentes classes socioeconómicas etárias e para os diferentes géneros.

Também não existiram diferenças estatisticamente significativas de AD nas crianças que consultavam o médico dentista pela primeira vez e nas crianças que já tinham sido consultadas mais vezes.

Verificou-se ainda ausência de relação entre a AD parental e a AD das crianças.

A orientação do comportamento depende de uma interação constante que envolve não só o médico dentista, mas também toda a equipa, o paciente, e o acompanhante da criança. Obtém-se essencialmente através da comunicação e educação e têm como objetivo eliminar o MAD. Cabe ao médico dentista saber como abordar cada paciente infantil na consulta e para isso deve saber avaliar o MAD, o temperamento e personalidade da criança e o seu nível de desenvolvimento psicoemocional, tentando, desta forma, prever a reação esperada da criança ao tratamento.

Assim, é importante conhecer os fatores que condicionam o comportamento infantil nas consultas para fazer uma abordagem melhor e mais programada das técnicas de controlo do comportamento, atuando não só na redução da ansiedade da criança mas também na ansiedade dos pais. Medir a AD da criança e pais com escalas como a FIS ou a VPT antes de entrar na consulta pode ajudar o médico a definir a estratégia a utilizar para reduzir o medo e ansiedade, e orientar o comportamento da criança positivamente.

Envolver a comunidade escolar e a população infantil em ações de promoção da SO, promovendo rastreios dos problemas orais nas escolas, e consultas dentárias de acompanhamento logo desde muito jovens, poderá ter um efeito benéfico significativo na diminuição da AD nas crianças e no desenvolvimento de comportamentos positivos nas consultas.

Só como o empenho e conhecimento de toda a equipa dentária, sabendo reconhecer em cada criança os fatores de risco dos comportamentos negativos na consulta, e conhecendo as técnicas de controlo de comportamento que mais se ajustam a cada caso, conseguir-se-á prestar cuidados orais de excelência à população infantil, e promover uma atitude positiva por parte de pais/responsáveis e criança em relação à consulta dentária e à SO.

1- Perspetivas Futuras

Futuramente e com o objetivo de contornar as limitações verificadas, sugere-se, em primeira instância, o aumento do tamanho da amostra, e a seleção de uma amostra mais representativa da população em estudo, particularmente no que toca às diferentes faixas etárias e ao local de consulta medico-dentária.

É também recomendável, de futuro, a calibração prévia dos médicos dentistas que aplicaram a Escala de Frankl, para não existirem discrepâncias inter-examinador em relação à classificação do comportamento da criança, durante a consulta.

Atendendo à análise da consistência interna considera-se também oportuno a redução do número de variáveis a comparar, de forma a garantir a fiabilidade dos resultados obtidos.

Bibliografia

Abreu, D. *et alli* (2011). Dental anxiety in 6-7-year-old children treated in accordance with conventional restorative treatment, ART and ultra-conservative treatment protocols. *Acta Odontologica Scandinavica*, 69 (6), pp. 410-416.

Allen, K., Hutfless, S. e Larzelere, R. (2003). Evaluation of two predictors of child disruptive behaviour during restorative dental treatment. *Journal of Dentistry for Child*, 70 (3), pp. 221-225.

American Academy of Pediatric Dentistry (2011). *Guideline on Behaviour Guidance for the Pediatric Dental Patient*. *Pediatric Dentistry*, 37 (6), pp. 1-13.

Armfield, J. e Heaton, L. (2013). Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Australian Dental Journal*, 58 (4), pp. 390-407.

Assunção, C. *et alli* (2013). The relationship between dental anxiety in children, adolescents and their parents at dental environment. *Journal of the Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry*, 31 (3), pp. 175-179.

von Baeyer, C. (2006). Children's self reports of Pain intensity: Scale selection, limitations and interpretation. *Pain Research and Management*, 11(1), pp. 62-157.

Berge, M. *et alli* (2001). Parental beliefs on the origins of child dental fear in The Netherlands. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 68 (1), pp. 51-54.

Buchanan, H. e Niven, N. (2002). Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 12 (1), pp. 47-52.

Chadwick, B. e Hosey, M. (2003). Introducing the Children. In: Wilson N, (Ed.). *Child Taming: How to Manage Children in Dental Practice*. London, Quintessence Publishing Co., pp. 1-8.

Coric, A. *et alli* (2014). Dental fear and anxiety in older children: an association with parental dental anxiety and effective pain coping strategies. *Journal of Pain Research*, 20 (7), pp. 515-521.

El-Housseiny *et alli* (2014). Characteristics of dental fear among Arabic-speaking children: a descriptive study. *BMC Oral Health*, 14 (118), pp. 1-8.

El-Housseiny *et alli* (2015). Effect of child and parent characteristics on child dental fear ratings: analysis of short and full versions of the children's fear survey schedule-dental subscale. *Journal of Oral Health and Dental Management*, 14 (1), pp. 9-16.

Frencken, J., Flohil, K. e Baat, C. (2014). Atraumatic Restorative Treatment in relatie tot pijn, ongemak en angst voor tandheelkundige behandelingen. *Nederlands Tijdschrift voor Tandheelkunde*, 121 (1), pp. 388-393.

Goettems, M. *et alli* (2011). Influence of maternal dental anxiety on the child's dental caries experience. *Caries Research*, 46 (1), pp. 3-8.

Guedes-Pinto, A., Miranda, I. (2003). Princípios da Psicologia e sua Relação com a Odontopediatria. In: Guedes-Pinto A. (Ed.). *Odontopediatria*. 7ª edição. São Paulo-Brasil, Livraria Santos Editora, pp. 127-135.

Hu, L., Gorenstein, C. e Fuentes, D. (2007). Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. *Depression and Anxiety*, 24 (7), pp. 467-471.

Karibe, H., Aoyagi-Naka, K. e Koda, A. (2014). Maternal anxiety and child fear during dental procedures: a preliminary study. *Journal of Dentistry for Children*, 81 (2), pp. 72-77.

Krikken, J., Cate, J. e Veerkamp, J. (2010). Child dental fear and general emotional problems: a pilot study. *European Archives Paediatric Dentistry*, 11 (6), pp. 283-286.

Kyritsi, M., Dimou, G. e Lygidakis, N. (Parental attitudes and perceptions affecting children's dental behaviour in Greek population. A clinical study. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 10 (1), pp. 29-32.

Leache, E. *et alli* (1997). Prevalencia, consecuencias y antecedents de miedo, ansiedad y fobia dental. *Anales de Odontoestomatología*, 5 (1), pp. 194-203.

Lee, CY., Chang, YY. e Huang, ST. (2007). Prevalence of Dental Anxiety among 5- to 8-Year-Old Taiwanese Children. *American Association of Public Health Dentistry*, 67(1), pp. 36-41.

Levin, L., Eli, I. e Askenazi, M. (2006). Dental Anxiety Among Young Israeli Male Adults as Related to Treatment Received during Childhood. *Journal of Public Health Dentistry*, 66 (2), pp. 147-151.

Majstorovic, M. *et alli* (2007). Dental anxiety in relation to emotional and behavioural problems in Croatian adolescents. *Collegium Antropologicum*, 31 (2), pp. 573-578.

Nicolas, E. *et alli* (2010). Factors affecting dental fear in French children aged 5-12 years. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 20 (5), pp. 366-373.

Olak, J. *et alli* (2013). Children's dental fear in relation to dental health and parental dental fear. *Stomatologija, Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 15 (1), PP. 26-31.

Oliveira, V. *et alli* (2006). Mothers' perceptions of children's refusal to undergo dental treatment: an exploratory qualitative study. *European journal of oral Sciences*, 114 (6), pp. 471-477.

Olumide, F. *et alli* (2009). Anticipatory anxiety in children visiting the dentist: lack of effect of preparatory information. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 19 (5), pp. 338-342.

Porritt, J. *et alli* (2013). Assessing children's dental anxiety: a systematic review of

current measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41 (2), pp. 130-142.

Possobon, F. *et alli* (2007). Dental treatment as a cause of anxiety. *Psicologia em Estudo*, 12 (3), pp. 609-616.

Rayen, R. *et alli* (2006). Evaluation of physiological and behavioural measures in relation to dental anxiety during sequential dental visits in children. *Indian Journal of Dental Research*, 17 (1), pp. 27-34.

Saatchi, M. *et alli* (2015). The prevalence of dental anxiety and fear in patients referred to Isfahan Dental School, Iran. *Dental Research Journal*, 12 (3), pp. 248-253.

Samorodnitzky, G. e Levin, L. (2005). Self-assessed dental status, oral behaviour, DMF, and dental anxiety. *Journal of Dental Education* 69 (12), pp. 1385-1389.

Settineri, S. *et alli* (2013). Dental anxiety, psychiatry and dental treatment: How are they linked? *Open Journal of Psychiatry*, 3 (1), pp. 168-172.

Sharif, M. (2010). Dental anxiety: detection and management. *Journal of Applied Oral Science*, 18 (2), pp. 1.

Shindova, M., Belcheva, A. e Mateva, M. (2014). Factors in dental environment related to development of child dental fear and parent-child agreement on its evaluation. *Science & Technologies*, 4 (1), pp. 91-95.

Stark, L. *et alli* (1989). Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 22 (3), pp. 297-307.

Stokes, T. e Kennedy, S. (1980). Reducing child uncooperative behaviour during dental treatment through modeling and reinforcement. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 13 (1), pp. 41-49.

Tickle, M. *et alli* (2009). A prospective study of dental anxiety in a cohort of children

followed from 5 to 9 years of age. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 19 (1), pp. 225-232.

Toledano, M. *et alli* (1995). Children's dental anxiety: influence of personality and intelligence factors. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 5 (1), pp. 23-28.

Toledo, O.(2005). Aspectos psicológicos na clínica odontopediátrica. In: Toledo O,(Ed.). *Odontopediatria: Fundamentos para a prática clínica*. 3ª edição. Editorial Premier, pp. 55-72.

Torriani, D. *et alli* (2014). Dental Caries Is Associated with Dental Fear in Childhood: Findings from a Birth Cohort Study. *Caries Research*, 48 (4), pp. 263.270.

Townend, E., Dimigen, G. e Fung, D. (2000). A clinical study of child dental anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (1), pp. 31-46.

Vukojevic, K. *et alli* (2014). Dental fear and anxiety in older children: an association with parental dental anxiety and effective pain coping strategies. *Journal of Pain Research*, 4 (7), pp. 515-521.

Wigen, T., Skaret, E. e Wang, N. (2009). Dental avoidance behaviour in parent and child as risk indicators for caries in 5-year-old children. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 19 (1), pp. 431-437.

Zelaya, I. e Parra, A. (2005). Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (3), pp. 461-475.

Fatores Determinantes do Comportamento Infantil na Consulta de Medicina Dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira

Anexo II- Autorização da Direção da Unidade de Saúde da Ilha Terceira do Concelho da Praia da Vitória

Exma. Sra. Directora
Da Unidade de Saúde da Ilha Terceira
Dr.^a Tânia Cortez

Assunto: Projeto de pós-graduação subordinado ao tema "Estado de Fatores Determinantes do Comportamento Infantil na Consulta de Medicina Dentária".

O meu nome é Filipa Andreia Cabral Toledo e sou aluna do 5.^o ano de Medicina Dentária da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa, no Porto.

No âmbito do meu Projeto de Pós-graduação para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, pretendo realizar um estudo transversal cujo objetivo será avaliar os fatores que influenciam o comportamento infantil na consulta de Medicina Dentária. Este projeto terá a orientação da Dr.^a Manuela Crespo, Médica Dentista, docente de Odontopediatria na Faculdade Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa.

O estudo tem por base um questionário anónimo a ser preenchido pelos pais/responsáveis que acompanham a criança à consulta dentária e pela própria criança e um outro questionário que deverá ser preenchido pelo Médico Dentista que consultou a criança.

Neste contexto, venho por este meio solicitar a V. Exa., autorização para efetuar os questionários que envio em anexo, às crianças que frequentam as consultas de Medicina Dentária na Unidade de Saúde da Ilha Terceira e respectivos pais/acompanhantes, e aos Exmos. Médicos Dentistas que trabalham na referida Unidade de Saúde, Dr.^a Joana Ribeiro e Dr. Daniel Sampaio.

Peço deferimento.

Data:

23/2/15

Nome:

Filipa Toledo

(Filipa Toledo)

Data:

23/2/15

Nome:

Manuela Crespo

(Dr.^a Manuela Crespo)

Data:

2/3/15

Nome:

Tania Cortez

(Directora do serviço, Tânia Cortez)

Fatores Determinantes do Comportamento Infantil na Consulta de Medicina Dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira

Anexo III - Autorização do médico dentista respetivos Médicos Dentistas envolvidos no estudo



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Exmo. Dr.(a):

Joana Maria Ribeiro

Eu, Filipa Toledo, aluna finalista do curso de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, orientada pela docente da mesma Universidade na área da Odontopediatria Dra. Manuela Crespo, no âmbito da realização da Tese de final de curso que se intitula "Estudo de Factores Determinantes do Comportamento Infantil na Consulta de Medicina Dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira", solicito a sua colaboração. O objetivo deste trabalho é proceder à avaliação de factores que podem influenciar o comportamento das crianças na consulta dentária.

O estudo consistirá no preenchimento de um questionário em que após a consulta de cada criança o Médico Dentista se comprometerá a preencher um breve questionário acerca do tratamento realizado e comportamento da criança perante esse tratamento.

Agradece-se, desde já, a sua colaboração.

No caso de aceitar participar, por favor assine:

[Assinatura]
(assinatura do Médico Dentista)

data 3 / 3 / 2015



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Exmo. Dr.~~o~~:

Daniel Sampaio

Eu, Filipa Toledo, aluna finalista do curso de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, orientada pela docente da mesma Universidade na área da Odontopediatria Dra. Manuela Crespo, no âmbito da realização da Tese de final de curso que se intitula "Estudo de Factores Determinantes do Comportamento Infantil na Consulta de Medicina Dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira", solicito a sua colaboração. O objetivo deste trabalho é proceder à avaliação de factores que podem influenciar o comportamento das crianças na consulta dentária.

O estudo consistirá no preenchimento de um questionário em que após a consulta de cada criança o Médico Dentista se comprometerá a preencher um breve questionário acerca do tratamento realizado e comportamento da criança perante esse tratamento.

Agradece-se, desde já, a sua colaboração.

No caso de aceitar participar, por favor assine:

[Assinatura]
(assinatura do Médico Dentista)

data 3 / 3 / 2015

Anexo IV- Consentimento informado de menores -UFP

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do Estudo (em português):

“Estudo de factores determinantes do comportamento Infantil na consulta de Medicina Dentária na Unidade de Saúde da Ilha Terceira”

Eu, abaixo-assinado (nome completo) -----

-----,

responsável pelo participante no projecto (nome completo) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da sua participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/_____/20__

Assinatura do Responsável pelo participante no projecto: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Anexo V- Consentimento informado responsável –UFP

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Designação do Estudo (em português):

“Estudo de factores determinantes do comportamento Infantil na consulta de Medicina Dentária na Unidade de Saúde da Ilha Terceira”

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----
-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/200__

Assinatura do doente ou voluntário são: _____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

Comissão de Ética da Universidade Fernando Pessoa

Anexo VI- assinatura do consentimento informado responsáveis e menores



Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências da Saúde

Exmo. Sr.(a):

Eu, Filipa Toledo, aluna finalista do curso de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa, orientada pela docente da mesma Universidade na área da Odontopediatria Dra. Manuela Crespo, no âmbito da realização da Tese de final de curso que se intitula “ Estudo de Factores Determinantes do Comportamento Infantil na Consulta de Medicina Dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira”, solicito a sua colaboração. O objetivo deste trabalho é proceder à avaliação de factores que podem influenciar o comportamento das crianças na consulta dentária.

O estudo consistirá no preenchimento de um questionário com duas partes. A primeira parte é dirigida à criança e deverá ser preenchida antes da consulta. A segunda parte deverá ser preenchida pelos pais/acompanhantes da criança, enquanto decorre a consulta dentária, na Unidade de Saúde da Ilha Terceira. O questionário será preenchido anonimamente.

Agradece-se, desde já, a sua colaboração.

No caso de aceitar participar, por favor assine:

_____ data _____/_____/_____

(assinatura do responsável/acompanhante da criança)

Anexo VII- Corah Dental Anxiety Scale, Revised (DAS-R):

<p>ESCALA DE CORAH</p> <p>A . Se você tivesse de ir ao dentista amanhã, como se sentiria?</p> <ul style="list-style-type: none">1 – tudo bem, não me importaria.2 – ficaria ligeiramente preocupado.3 – sentiria um grande desconforto.4 – ficaria com medo do que pudesse acontecer.5 – ficaria muito apreensivo, e nem dormiria direito. <p>B. Quando você se encontra na sala de espera de um consultório, esperando ser chamado pelo dentista, como se sente?</p> <ul style="list-style-type: none">1 – tranquilo, relaxado.2 – um pouco desconfortável.3 – tenso.4 – ansioso ou com medo.5 – tão ansioso ou com tanto medo que começo a suar e me sentir mal.
<p>C. Quando você já se encontra na cadeira do dentista, aguardando que ele inicie os procedimentos de anestesia local, como se sente?</p> <ul style="list-style-type: none">1 – tranquilo, relaxado.2 – um pouco desconfortável.3 – tenso.4 – ansioso ou com medo.5 – tão ansioso ou com tanto medo que começo a suar e me sentir mal. <p>D. Você está na cadeira do dentista, já anestesiado. Enquanto aguarda o dentista pegar os instrumentos para iniciar o procedimento, como se sente?</p> <ul style="list-style-type: none">1 – tranquilo, relaxado.2 – um pouco desconfortável.3 – tenso.4 – ansioso ou com medo.5 – tão ansioso ou com tanto medo que começo a suar e me sentir mal. <p>A pontuação final é dada pela somatória dos valores de cada resposta (na escala de 1 a 5), classificando o paciente em uma das seguintes categorias:</p> <ul style="list-style-type: none">Até 5 pontos = muito pouco ansiosoDe 6 a 10 pontos = levemente ansiosoDe 11 a 15 pontos = moderadamente ansiosoDe 16 a 20 pontos = extremamente ansioso

Corah Dental Anxiety Scale, Revised (DAS-R) (Adaptada para Portugal por Gorenstein, Hu e Fuentes 2007).

Anexo VIII- Escala de Avaliação do Comportamento da Criança durante o Tratamento Dentário

COMO CLASSIFICA A ATITUDE DA CRIANÇA PERANTE O TRATAMENTO DENTÁRIO

1. ____ Definitivamente negativa
2. ____ Negativa
3. ____ Positiva
4. ____ Definitivamente positiva

Escala de Avaliação do Comportamento da Criança durante o Tratamento Dentário (Frankl et al., 1962), adaptado por L. Barros para Portugal em 2005.

Instruções para preenchimento da Escala de Frankl:


Considera-se comportamento definitivamente negativo: rejeição do tratamento, sem cooperação alguma, chorando vigorosamente, demonstrando agressividade, pânico ou alguma outra evidência de negativismo extremo.

Considera-se comportamento negativo: relutância em aceitar o tratamento, sem cooperação, evidência de atitude negativa, mas não exagerada, isto é, receoso, amuado, birrento, retraído.

Considera-se comportamento positivo: aceitação do tratamento, por vezes com queixas, mas com boa vontade de obedecer ao dentista, o paciente segue as instruções do dentista embora às vezes com reservas, mas vai cooperando.

Considera-se comportamento definitivamente positivo: boa comunicação com o dentista, interessado nos procedimentos odontológicos, descontraído e com à-vontade rindo e apreciando a situação.

Anexo IX- Questionário



UNIVERSIDADE

FERNANDO PESSOA

WWW.UFP.PT

Questionário anónimo

Questionário a realizar no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado de Medicina Dentária, subordinada ao tema "Fatores Determinantes do Comportamento Infantil na Consulta de Medicina Dentária da Unidade de Saúde da Ilha Terceira"

Nome do investigador: Filipa Andreia Cabral Toledo

Nome do orientador: Manuela Maria Crespo Faria

Data:

_ / _ / _

Nº _____

A preencher pelos pais/acompanhantes da criança (enquanto decorre a consulta)

Após lhe ter sido explicada a metodologia e finalidade deste estudo e ter aceite participar de livre vontade, solicito então que preencha este questionário de forma anónima.

Para preencher o questionário, escreva a resposta sempre que for pedida e/ou coloque um X na opção que achar adequada.

1. PROFISSÃO

Profissão do Pai ? _____

Profissão da Mãe ? _____

2. INSTRUÇÃO

Habilitações académicas do Pai ? _____

Habilitações académicas da Mãe ? _____

3. QUAL O SEU PARENTESCO/RELAÇÃO COM A CRIANÇA?

___ Pai/mãe

___ Avo/Avô

___ Irmão

___ Outro:

Data: _____

Nº _____

4. OUTROS DADOS SOCIAIS:

Fonte de Rendimentos	Tipo de habitação	Local de residência
Fortuna herdada ou adquirida <input type="checkbox"/>	Casa ou apartamento luxuoso <input type="checkbox"/>	Bairro residencial elegante/luxuoso <input type="checkbox"/>
Altos salários <input type="checkbox"/>	Casa ou apartamento espaçoso e confortável sem luxo <input type="checkbox"/>	Bairro residencial bom <input type="checkbox"/>
Salário mensal fixo <input type="checkbox"/>	Casa ou apartamento modesto mas bem conservado, com cozinha e WC <input type="checkbox"/>	Zona antiga <input type="checkbox"/>
Renumeração incerta (à hora de trabalho ou à semana) <input type="checkbox"/>	Casa ou apartamento algo degradado mas com cozinha e WC <input type="checkbox"/>	Bairro social <input type="checkbox"/>
Sustentados pela beneficência pública ou privada (Ex. rendimento mínimo) <input type="checkbox"/>	Impróprio (muito degradado, sem cozinha ou WC) <input type="checkbox"/>	Bairro de lata <input type="checkbox"/>

5. AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DENTÁRIA

Selecione a opção que se adequa melhor ao seu estado de espírito se estivesse perante uma destas situações.

- a) Se tivesse que ir ao dentista amanhã, como se sentiria?
- I. É uma experiência razoavelmente agradável
 - II. Não me importava
 - III. Ligeiramente desconfortável
 - IV. Desconfortável e com dor
 - V. Com muito medo do que o dentista poderá fazer.

Data: ____/____/____ Nº ____
--

- b) Enquanto está na sala de espera do dentista, como se sente?
- I. Relaxado(a)
 - II. Um pouco desconfortável
 - III. Tenso(a)
 - IV. Ansioso(a)
 - V. Tão ansioso(a) que começo a suar ou sentir-me mal
- c) Quando está sentado(a) na cadeira do dentista e o dentista a preparar a turbina para trabalhar nos seus dentes, como se sente?
- I. Relaxado(a)
 - II. Um pouco desconfortável
 - III. Tenso(a)
 - IV. Ansioso(a)
 - V. Tão ansioso(a) que começo a suar ou a sentir-me mal.
- d) Quando está sentado(a) na cadeira do dentista e o dentista prepara os instrumentos para lhe raspar/limpar os dentes (perto da gengiva), como se sente?
- I. Relaxado(a)
 - II. Um pouco desconfortável
 - III. Tenso(a)
 - IV. Ansioso(a)
 - V. Tão ansioso(a) que começo a suar ou a sentir-me mal

Bibliografia da Corah Dental Anxiety Scale (DAS), (Corah NL. J Dent Res. 1969) adaptada por Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. para Portugal em 2007.

6. DADOS DA CRIANÇA

- a. Idade: _____
- b. Género: ___ F ___ M
- c. Escolaridade: _____

7. É A PRIMEIRA VEZ QUE A CRIANÇA VEM A UMA CONSULTA DENTÁRIA?

- ___ Sim
- ___ Não

- a. Se não é a primeira vez, quantas vezes é que a criança já foi consultada pelo dentista?

- ___ 1 vez
- ___ 2 vezes

Data: _ / _ / _
Nº _____

___ 3 vezes
___ Mais de três vezes

8. COMO PENSA QUE SERÁ O COMPORTAMENTO DA CRIANÇA NA CONSULTA

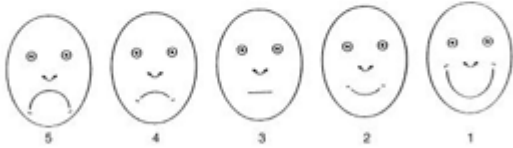
1. ___ Definitivamente negativo (rejeição do tratamento, sem cooperação alguma, chorando vigorosamente, demonstrando agressividade, pânico)
2. ___ Negativo (relutância em aceitar o tratamento, sem cooperação, evidência de atitude negativa, mas não exagerada, isto é, receoso, amuado, birrento, retraído)
3. ___ Positivo (aceitação do tratamento, às vezes com queixas mas com boa vontade de obedecer ao dentista, o paciente segue as instruções do dentista embora às vezes com reservas, mas coopera)
4. ___ Definitivamente positivo (boa comunicação/interação com o dentista, interessado nos tratamentos dentário, rindo e apreciando a situação)

Obrigada pela sua participação ☺

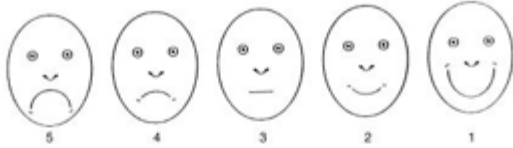
Data: ___/___/___
Nº _____

A preencher pela criança (antes da consulta dentária):

Pergunta nº1:



Pergunta nº2:



Data: _____
Nº _____

Instruções para preenchimento da Facial Image Scale:

Com a criança sentada na sala de espera, antes de entrar para a consulta e depois dos pais/responsáveis assinarem a declaração de consentimento informado, o investigador mostra, à criança, as figuras acima apresentadas, e a cada conjunto de figuras faz uma pergunta e pede para a criança apontar para uma das figuras do conjunto de figuras. **(o acompanhante não pode interferir ou influenciar a escolha da criança)**

Perguntas a fazer pelo investigador:

1. Mostra-me como te sentiste quando te disseram que vinhas hoje ao dentista?
2. Mostra-me como te estás a sentir agora aqui à espera de entrar na consulta?

Data: _ / _ / _
Nº _____

A preencher pelo Médico Dentista (no final da consulta):

1) QUAL O TRATAMENTO REALIZADO NA CRIANÇA

2) FOI APLICADA ANESTESIA PARA A REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO

a. Sim

b. Não

3) A CRIANÇA APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA FÍSICA OU COGNITIVA?

A. Sim

B. Não

4) COMO CLASSIFICA A ATITUDE DA CRIANÇA PERANTE O TRATAMENTO DENTÁRIO

1. Definitivamente negativa

2. Negativa

3. Positiva

4. Definitivamente positiva

Escala de Avaliação do Comportamento da Criança durante o Tratamento Dentário (Frankl et al., 1982), adaptado por L. Barros para Portugal em 2005.

Data:

__/__/__

Nº _____

Instruções para preenchimento da Escala de Frankl:

Considera-se comportamento definitivamente negativo: rejeição do tratamento, sem cooperação alguma, chorando vigorosamente, demonstrando agressividade, pânico ou alguma outra evidência de negativismo extremo.

Considera-se comportamento negativo: relutância em aceitar o tratamento, sem cooperação, evidência de atitude negativa, mas não exagerada, isto é, receoso, amuado, birrento, retraído.

Considera-se comportamento positivo: aceitação do tratamento, por vezes com queixas, mas com boa vontade de obedecer ao dentista, o paciente segue as instruções do dentista embora às vezes com reservas, mas vai cooperando.

Considera-se comportamento definitivamente positivo: boa comunicação com o dentista, interessado nos procedimentos odontológicos, descontraído e com à-vontade rindo e apreciando a situação.

Data: _ / _ / _
Nº _____