

**Ana Catarina Macedo da Silva**

**Medo e Ansiedade Dentária:**

**Uma Realidade**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade Ciências da Saúde**

**Porto, 2012**



**Ana Catarina Macedo da Silva**

**Medo e Ansiedade Dentária:**

**Uma Realidade**

**Universidade Fernando Pessoa**

**Faculdade Ciências da Saúde**

**Porto, 2012**

**Medo e Ansiedade Dentária:**

**Uma Realidade**

**Ana Catarina Macedo da Silva**

---

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

## Resumo

**Introdução:** O medo e a ansiedade dentária emergem como principais fatores condicionantes do tratamento dentário de alguns pacientes e que interferem também na sua condição psicológica. 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. As deteriorações consecutivas agravam o estado de saúde da cavidade oral e o tratamento tardio será mais invasivo, provocando no paciente desconforto psicológico adicional, potenciando a ansiedade dentária e formando, deste modo, um ciclo vicioso, que estará na base de problemas individuais de saúde, assim como de problemas de saúde pública de difícil solução. **Objetivos:** Com este estudo pretende-se avaliar a prevalência de ansiedade dentária nos inquiridos e comparar a prevalência obtida com estudos realizados anteriormente, procurando contribuir para a compreensão dos fatores etiológicos que eventualmente levam ao surgimento deste distúrbio. **Metodologia:** Aplicou-se um questionário constituído por quatro partes, a 150 pacientes que frequentaram as Clínicas de Terapia da Fala, Fisioterapia e Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFPA). A primeira parte do questionário corresponde a um conjunto de informações acerca de alguns aspetos de ordem sociocultural no sentido de caracterizar a amostra, a parte seguinte diz respeito ao comportamento individual do inquirido face ao tratamento dentário, na terceira parte diz respeito à Escala Modificada de Ansiedade Dentária, da autoria de Humphris – Modified Dental Anxiety Scale (MDAS), adaptada para a população portuguesa por Lopes e Ponciano (2004) e, por fim, a última parte constituída pelo Dental Fear Survey (DFS), da autoria de Kleinknecht et al. e adaptada para a população portuguesa por Lopes e Ponciano, (2004). **Resultados:** Neste estudo, salienta-se que entre os 150 inquiridos, segundo a MDAS, 14,7% (n=22) são “muito ansiosos” e 11,3% (n=17) são “ansiosos”. Relativamente à DFS 23,3% (n=35) apresentam “ansiedade elevada” e 76,7% (n=115) detem “ansiedade moderada”. **Conclusão:** Os indivíduos que apresentam valores mais elevados de ansiedade assumem ter sido alvo de experiência anterior de trauma, faltam frequentemente à consulta movidos pelo medo, são os que mais conhecem acidentes em consultório, os que mais se sentem influenciados por relatos de tais factos e que, mais conhecem e convivem com pessoas

próximas, que exteriorizam medo perante a consulta. Estes expressaram ainda que sentiam mais temor perante os estímulos: agulha e broca.

## Abstract

**Introduction:** The dental anxiety and fear rise like the most important factors responsible for some patient's dental treatments. Also, these interfere with their psychological condition. Anxious, fearful or phobic patients are able to delay the dental medicine visit, to avoid those treatments and they only look for a dentist when painful symptoms arise. The consequent damage worsens the oral health and the next treatment will be more invasive. This will cause additional psychological problems and consequently it will enhance dental anxiety. In this way, a vicious cycle will be on the base of individual and public health problems of hard solution. **Objectives:** With this study, it's supposed to evaluate the prevalence of dental anxiety in respondents and after that compare with the prevalence obtained on previous studies. The main aim is to understand the etiological factors which eventually can cause this disorder. **Methodology:** We applied a questionnaire with four parts, to 150 patients who attended the Speech Therapy, Physical Therapy and Psychology clinics of Health Sciences Faculty of Fernando Pessoa University. The first part has a set of sociocultural informations in order to characterize the sample; the second part talks about the individual behavior of each respondent against the dental treatment; the third one concerns with the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS), authored by Humphris, adapted for the portuguese population by Ponciano and Lopes (2004) , and finally, the last part is formed by Dental Fear Survey (DFS), authored by Kleinknecht et al. and adapted for portuguese populations by Lopes and Ponciano, (2004). **Results:** In this study, it is underlined that among the 150 respondents, according to the MDAS, 14.7% (n = 22) are "very anxious" and 11.3% (n = 17) are "anxious". Regarding DFS 23.3% (n = 35) have "high anxiety" and 76.7% (n = 115) have "moderate anxiety." **Conclusion:** People who have higher levels of anxiety admit a previous traumatic experience. They say that they don't go to the dentist because of frightening reasons. They admit that they are the ones who know more accidents related with dental medicine, the ones who feel more influenced by those reports and the ones who know and live more with fearful patients. Furthermore, they tell that they feel more scared with some stimulus: needle and drill.

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



## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Prof. Doutora Sandra Gavinha, pela orientação deste trabalho com o mais elevado interesse e empenho, reconhecendo o seu permanente estímulo e alento, expresso o meu profundo apreço e gratidão.

À minha co-orientadora, Prof. Doutora Conceição Manso, pela superior colaboração, no constante apoio, na disponibilidade e no ânimo com que me contagiou, exprimo a minha sincera admiração.

A todos os meus familiares e amigos, um especial agradecimento, pelo contributo, direto ou indireto na elaboração deste trabalho.

A todos os utentes das Clínicas Pedagógicas de Fisioterapia, Terapia da Fala e Psicologia da FCS-UEP que participaram neste estudo, não só pela colaboração no preenchimento dos questionários, mas pela simpatia com que o fizeram.

A todas as pessoas que me deram força para realizar este trabalho, como um marco do início de uma nova etapa na minha vida.

## Índice

I.	Introdução .....	1
II.	Desenvolvimento.....	5
1.	BREVE ABORDAGEM HISTÓRICA.....	5
2.	ASPECTOS PSICOFISIOLÓGICOS NA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA..	8
2.1.	O Stress do Paciente relacionado com a consulta de Medicina Dentária.....	8
2.1.1.	Stress Fisiológico e Stress Psicológico .....	9
2.2.	Terminologia .....	12
2.2.1.	Medo Dentário.....	12
2.2.2.	Ansiedade .....	13
2.3.	Outras formas de Ansiedade.....	16
2.3.1.	Preocupação .....	16
2.3.2.	Fobia.....	16
2.3.3.	Pânico e Ataque de Pânico .....	17
2.3.4.	Alterações Obsessivas e Compulsivas .....	18
2.3.5.	Ansiedade Dentária .....	18
2.3.5.1.	Causas e Consequências da Ansiedade Dentária.....	19
3.	FACTORES DESENCADEANTES E INDUTORES DE MEDO E ANSIEDADE DENTÁRIA .....	21
3.1.	Explicação para a aquisição do Medo e da Ansiedade Dentária .....	21
3.1.1.	Etiologia .....	21
3.1.2.	Condição Socioeconómica .....	22
3.1.3.	Idade .....	23
3.1.4.	Género .....	24
3.1.5.	Outros Factores .....	25
4.	ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE A ANSIEDADE DENTÁRIA .....	26
4.1.	Ansiedade Exógena.....	27
4.1.1.	Experiências diretas.....	28
4.1.2.	Experiências indiretas .....	28
4.2.	Ansiedade Endógena .....	29
5.	ESTRATÉGIAS A ADOTAR PARA REDUÇÃO DO MEDO E DA ANSIEDADE DENTÁRIA DURANTE OS PROCEDIMENTOS DENTÁRIOS .....	31
5.1.	Comunicação Médico Dentista-Paciente.....	33
5.2.	Técnicas psicológicas e psicoterapêuticas.....	34

5.2.1.	Terapias de relaxamento.....	34
5.2.2.	Hipnose .....	34
5.3.	Distração.....	35
5.4.	Sedação.....	36
5.5.	Terapia de grupo.....	37
5.6.	Técnicas com factores de dor diminuída .....	38
6.	IMPACTO DO MEDO E DA ANSIEDADE DENTÁRIA NA SAÚDE ORAL DOS PACIENTES .....	38
7.	AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DENTÁRIA – ESCALAS DE MEDIÇÃO.....	42
7.1.	Tipo de Medidas de Avaliação da Ansiedade Dentária.....	43
7.1.1.	Medidas de Avaliação Fisiológica .....	43
7.1.2.	Medidas de Avaliação Comportamental .....	44
7.1.3.	Medidas de Auto-Avaliação .....	45
8.	MATERIAL E MÉTODOS .....	47
8.1.	Tipo de estudo .....	47
8.2.	Amostra .....	47
8.2.1.	Crítérios de Inclusão e de Exclusão .....	48
8.3.	Instrumentos .....	48
8.4.	Dados individuais do Paciente .....	48
8.5.	Comportamento individual face ao tratamento dentário .....	48
8.6.	Medo e Ansiedade Dentária – Descrição das escalas utilizadas para a avaliação dos inquiridos.....	49
8.6.1.	Escala de MDAS (versão portuguesa).....	49
8.6.2.	Escala de DFS (versão portuguesa).....	50
9.	ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	50
10.	RESULTADOS .....	52
10.1.	Caracterização da amostra.....	52
10.2.	Escala de MDAS e DFS .....	53
10.2.1.	MDAS .....	53
10.2.1.1.	Consistência interna .....	53
10.2.2.	DFS .....	54
10.2.2.1.	Validade da escala.....	54
10.2.2.2.	Consistência interna .....	55
10.3.	Resultados MDAS e DFS.....	55
10.4.	MDAS vs Género vs Nível de escolaridade vs Idade.....	57
10.5.	DFS vs Género vs Nível de escolaridade vs Idade.....	57

10.6.	Frequência de respostas à Escala DFS .....	58
10.7.	Relação entre as diferentes variáveis.....	60
10.7.1.	MDAS E DFS vs Com que frequência vai à consulta de Medicina Dentária? 60	
10.7.2.	MDAS e DFS vs Com que frequência falta às consultas devido ao medo? ....	61
10.7.3.	MDAS e DFS vs Já teve alguma experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária? .....	62
10.7.4.	MDAS e DFS vs Já teve conhecimento de algum acidente grave num consultório de Medicina Dentária?.....	62
10.7.5.	MDAS e DFS vs Esse relato influenciou o seu comportamento nas consultas de Medicina Dentária? .....	63
10.7.6.	MDAS e DFS vs Os seus familiares, amigos e pessoas com que convive têm medo de ir ao Médico Dentista?.....	63
10.7.7.	DFS vs Género vs Idade vs Nível de escolaridade vs Experiência Traumática vs Outros com medo vs MDAS.....	64
11.	DISCUSSÃO.....	67
11.1.1.	Escala de MDAS e DFS .....	67
11.1.2.	Consistência interna .....	67
11.2.	Resultados MDAS e DFS.....	69
11.3.	MDAS e DFS vs Género vs Nível de escolaridade vs Idade .....	70
11.4.	Frequência de resposta à Escala DFS .....	71
11.5.	MDAS e DFS vs Com que frequência vai à consulta de Medicina Dentária? ....	72
11.6.	MDAS e DFS vs Com que frequência falta às consultas devido ao medo? .....	72
11.7.	MDAS e DFS vs Já teve alguma experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária? .....	73
11.8.	MDAS e DFS vs Já teve conhecimento de algum acidente grave num consultório de Medicina Dentária? .....	74
11.9.	MDAS e DFS vs Esse relato influenciou o seu comportamento nas consultas de Medicina Dentária? .....	74
11.10.	MDAS e DFS vs Os seus familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista?.....	75
11.11.	DFS vs Género vs Idade vs Nível de escolaridade vs Experiência Traumática vs Outros com medo vs MDAS .....	75
III.	Conclusão.....	80

## Índice de Figuras

Figura 1- Conceção Estado-Traço da Ansiedade. Adaptado de Spielberger (1966) ( <i>cit. in</i> Lopes 2009). .....	15
Figura 2- Ciclo vicioso da ansiedade dentária, proposto por Berggren & Meynert (1984) ( <i>cit. in</i> Lopes 2009).....	39
Figura 3– Distribuição de frequência dos inquiridos segundo graus de ansiedade, pela escala de ansiedade a) MDAS, e b) DFS. ....	55
Figura 4– Diagrama de dispersão da variação da Escala MDAS com a Escala DFS.....	56

## Índice de Tabelas

Tabela 1- Técnicas utilizadas para medir ansiedade (Lopes, 2009).....	42
Tabela 2- Vantagens e Desvantagens das diferentes medidas de avaliação da ansiedade dentária. Adaptado de Humphris & Ling ( <i>cit in</i> Lopes, 2009). ....	43
Tabela 3- Parâmetros fisiológicos utilizados em estudos de ansiedade dentária (Lopes 2009). .	44
Tabela 4- Medidas de auto-avaliação da Ansiedade Dentária (Lopes, 2009). ....	46
Tabela 5- Caracterização dos inquiridos relativamente à idade e género. ....	52
Tabela 6- Distribuição da frequência dos inquiridos por faixa etária e nível de escolaridade. ...	53
Tabela 7- Análise de Componentes Principais da DFS e consistência interna de cada factor. ...	54
Tabela 8- Correspondência entre as classificações atribuídas pela Escala MDAS e DFS. ....	56
Tabela 9- Resultados da Escala MDAS, subdivididos por género, nível de escolaridade e idade (anos).....	57
Tabela 10- Resultados da Escala DFS, subdivididos por género, nível de escolaridade e idade (anos).....	58
Tabela 11- Distribuição da frequência de respostas relativamente a adiar e desmarcar ou faltar às consultas.....	58
Tabela 12- Distribuição da frequência de respostas de alterações fisiológicas ativadas durante o tratamento.....	59
Tabela 13- Distribuição da frequência de respostas da ansiedade antecipatória mediante diversos acontecimentos. ....	59
Tabela 14- Distribuição da frequência para o medo sentido com diversos estímulos.....	60
Tabela 15- Resultados da Escala MDAS e DFS relativamente à frequência com que vai à consulta de Medicina Dentária? .....	61
Tabela 16- Resultados da Escala MDAS e DFS relativamente à frequência com que falta devido ao medo? .....	61
Tabela 17- Resultados da Escala MDAS e DFS relativamente a experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária? (sim/não). ....	62
Tabela 18- Resultados da Escala MDAS e DFS relativamente ao conhecimento de algum acidente grave num consultório de Medicina Dentária? (sim/não) .....	62
Tabela 19- Resultados da Escala MDAS e DFS relativamente a se o relato influenciou o comportamento nas consultas de Medicina Dentária? (sim/não) .....	63

Tabela 20- Resultados da Escala MDAS e DFS relativamente a se os seus familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista? ..... 63

Tabela 21- Resultados de testes de qui-quadrado (valores de p) relacionando a escala DFS com as variáveis género, faixa etária, nível de escolaridade, experiência traumática, familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista - “outros com medo” e a escala MDAS. .... 64

## **Índice de Abreviaturas**

ACTH – Hormona adenocorticotrófica

CRH – Hormona libertadora de corticotrofina

DAS – Dental Anxiety Scale

DFS – Dental Fear Survey

FCS – Faculdade Ciências da Saúde

MDAS – Modified Dental Anxiety

SNC – Sistema Nervoso Central

SNS – Sistema Nervoso Simpático

UFP – Universidade Fernando Pessoa



## **I. Introdução**

Tradicionalmente e ao longo dos tempos tem sido cultivado o conceito de que a consulta e o tratamento médico dentário produzem dor intensa, tornando-se num ato médico atormentador e angustiante em que os pacientes demonstram situações de grande desconforto, potencializando sensações diversas de medo e ansiedade.

Apesar dos enormes avanços que a Medicina Dentária tem experimentado nas últimas décadas, um pouco a par com a evolução que a sociedade em geral tem conseguido, em que a busca da perfeição técnica, a par de uma permanente atualização de conhecimentos clínicos, proporciona aos pacientes respostas clinicamente mais eficientes, de melhor qualidade e, mais capazes de solucionar os problemas da sua saúde oral, são ainda muitas as crianças e até mesmo adultos que chegam ao consultório do Médico Dentista amedrontadas, com ideias pré-concebidas acerca do que irá acontecer durante a consulta, vivenciadas em experiências dolorosas ou traumáticas ou até relatadas por familiares ou amigos, contribuindo para a interiorização e percepção de conceitos negativos relativos ao atendimento dentário.

Tomando como importante premissa que o paciente dos nossos dias está mais informado e atualizado conhece melhor os seus direitos, é mais exigente, o Médico Dentista, não pode descurar todo um conjunto de sentimentos, emoções e reações, cuja extensão e intensidade variam de pessoa para pessoa ou até na mesma pessoa, pelo que coloca ao profissional desafios ao nível do conhecimento teórico e prático, com uma boa execução de procedimentos, assim como sustentados conhecimentos ao nível psicossocial e da personalidade, antevendo e perspetivando alternativas assertivas a fatores de bloqueio da relação profissional-paciente que podem desencadear um turbilhão de atitudes adversas.

Com base nos pressupostos de que os procedimentos dentários, só por si, são potenciadores de desconforto real que se podem traduzir em receios, temor e comportamentos angustiantes, num quadro de diferentes formas e modos de medo e ansiedade dentária em algumas pessoas, esta realidade pode constituir-se como um problema cíclico grave, já que quando o tratamento dentário preventivo não ocorre com

relativa frequência, os problemas dentários agudizam-se e assumem proporções que exigem tratamentos invasivos, mais desconfortáveis e até dolorosos e o medo e a fuga ao tratamento tomam maiores proporções, afastando os doentes do consultório dentário e completando-se assim, o ciclo.

Diversos autores têm-se debruçado sobre este problema, particularmente no modo como o medo e a ansiedade dentária podem interferir com a saúde oral do indivíduo ou dos problemas de saúde pública que os mesmos podem causar.

Vários estudos realizados em populações adultas de diferentes países ocidentais apontam para a prevalência de ansiedade dentária elevada na população em geral. (Locker, Shapiro & Liddell, 1996; Vassend, 1993)

Eli, Uziel, Baht & Kleinhauz (1997) afirmam que 6% da população evita completamente a consulta de Medicina Dentária e só recorre a tratamentos apenas quando aparecem sintomas dolorosos, edemas ou fístulas. Kelly et al. (1998) mencionaram o medo como o principal fator para os britânicos não frequentarem regularmente a consulta de Medicina Dentária.

Perante esta realidade e pela experiência adquirida nestes anos de formação académica, em concreto no contacto com os pacientes, na prática clínica, onde constatei diversas situações reais de episódios de reações de receio, apreensão ou tensão, ou por relatos de temor proferidos por vários pacientes, percecionei, quer pela maior ou menor exteriorização de sentimentos, quer pela interpretação de gestos, olhares, sinais ou indícios, que a submissão ao tratamento dentário gera sempre algum nervosismo, stress, medo, ansiedade e fobia.

Deste modo, a tomada de consciência desta realidade incentivou-me e motivou-me para a realização deste trabalho tentando compreender melhor esta problemática, investigando a prevalência da ansiedade e medo dentário, através da aplicação da Escala Modificada de Ansiedade Dentária – versão portuguesa (Lopes et al., 2004) – Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) – versão original (Humphris et al., 1995) e do Dental

Fear Survey (DFS) – versão portuguesa (Lopes et al., 2004) – versão original (Kleinknecht et al., 1978), pretendo apurar com que frequência os pacientes vão à consulta de Medicina Dentária, com que frequência faltam às consultas devido ao medo, se já tiveram alguma experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária, se já tiveram conhecimento de algum acidente grave num consultório de Medicina Dentária, se esse relato influenciou o comportamento dos pacientes na consulta e se os familiares, amigos e pessoas com quem vivem têm medo de ir ao Médico Dentista, tendo em conta as características socioeconómicas da amostra e impacto, perspetivando o seu diagnóstico e tratamento.

Em suma, pretende-se analisar a prevalência das situações de medo e ansiedade dentária, através de um estudo transversal, verificando a evolução dessas situações, tendo em conta todos os esforços que se têm vindo a realizar, em particular os académicos, técnicos, sociais, económicos e governamentais.

Para a realização deste trabalho foram utilizados como fontes de pesquisa motores de busca da Internet, tais como PubMed, Elsevier, Scielo, Medcenter, Science Direct, Lilacs e Google Académico entre outros com as palavras-chave “anxiety”, “dental anxiety”, “dental fear”, “dental phobia”, “ansiedad dental”, “miedo al dentista”, “ansiedade dentária”, “fobia dentária” e “medo dentário” no período compreendido entre Outubro de 2011 e Fevereiro de 2012, contendo como anos de publicação de 1969 a 2011, bem como várias revistas disponíveis nas bibliotecas da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto e na Universidade Fernando Pessoa (UFP), onde foram consultados alguns dos artigos utilizados como referência, tendo sido encontrados 215 artigos, dos quais foram avaliados 85 artigos.

Assim, para a concretização deste estudo, foi aplicado um questionário, aos pacientes das Clínicas de Fisioterapia, Terapia da Fala e Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFP), entre os meses de Fevereiro e Junho de 2012 a fim de recolher dados para posterior análise, com os seguintes objetivos:

- Quantificar a prevalência e nível de medo e ansiedade dentária de acordo com o género, idade, nível socioeconómico e comportamento individual face ao tratamento dentário dos pacientes por aplicação da Escala Modificada de Ansiedade Dentária – versão portuguesa (Lopes et al., 2004) (traduzida de Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) – versão original (Humphris et al., 1995) e do Dental Fear Survey (DFS) – versão portuguesa (Lopes et al., 2004) (versão original de Kleinknecht et al. (1978);
- Comparar os resultados obtidos com estudos anteriores, realizados no âmbito desta temática;
- Determinar um perfil de paciente ansioso e/ou com medo na consulta dentária tendo em conta os fatores etiológicos e os resultados verificados no comportamento individual dos pacientes face ao tratamento dentário.

Com o desenvolvimento deste trabalho, pretende-se, ainda, abordar os seguintes aspetos:

- Definição de técnicas personalizadas de atendimento que possam desmistificar o tratamento dentário, diminuindo o clima de ansiedade e medo;
- Valorização da relação paciente-Médico Dentista, motivando o paciente para o retorno periódico;
- Respeito e valorização por todos os sinais e indícios demonstrados pelos pacientes, de modo a que o Médico Dentista desenvolva estratégias que minimizem os impactos emocionais.

## **II. Desenvolvimento**

*“Até hoje não houve filósofo que padecesse pacientemente uma dor de dentes”*

William Shakespeare

### **1. BREVE ABORDAGEM HISTÓRICA**

A pessoa que se sente doente, com dores, ou debilitada, recorre aos serviços de saúde para tentar encontrar respostas para os seus problemas. A preocupação com a doença, a gravidade da enfermidade, a progressão dos resultados para a superação da situação diagnosticada, são motivos mais que suficientes para gerar fenómenos de tensão, apreensão, nervosismo, preocupação, medo e ansiedade. Parece evidente que perante situações de exposição à dor, à doença, ou outra potencialmente ameaçadora, os indivíduos tendam a desenvolver e encontrar respostas de fuga, de luta ou de defesa para se tentarem proteger.

Aliás, apropriamo-nos de um ilustrativo pensamento de William Shakespeare para com eloquência se demonstrar o sofrimento, o desconforto, o medo e ansiedade dentária que já em épocas remotas se afirmava.

Não será muito difícil de admitir que para as intervenções odontológicas dos nossos antepassados a abordagem fosse desde a mais bizarra, a mais ridícula, a mais humorística comparada com os nossos padrões a as nossas representações atuais.

De facto, recuar ao passado em busca de referências de intervenções odontológicas, por dedução e interpretação de gravuras ou inscrições pictográficas, facilmente se compreenderá que o recurso a rituais primitivos e com pedras, paus ou outros materiais ligados às primeiríssimas ocupações e ao grau de desenvolvimento da época fosse a solução para variados problemas, onde se incluíam também as maleitas dentárias.

Com o decorrer dos tempos, surgiram os curandeiros de todas as enfermidades, inclusive das afeções dentárias que, com rezas, amuletos, mistelas, se assumiam como um remédio para suavizar as dores, já que o sofrimento era considerado aceitável. Neste âmbito, a própria Igreja Católica terá tido a sua quota-parte com sacerdotes e monges a desenvolverem também a atividade de médicos e dentistas nos mosteiros e até instituiu a imagem de Santa Apolónia como advogada das dores dentárias, de quem se conta que lhe foram quebrados todos os dentes com pedras afiadas e o dia do seu culto celebra-se a 9 de Fevereiro, escolhida exatamente por ter sido uma virgem martirizada e privada dos seus próprios dentes.

Depois surge a figura do “tira dentes”, um profissional do tipo animado, caloroso, sonoro, que trabalhava nas praças, nos mercados, num misto de charlatanice e espetáculo, que extraía dentes sem dó nem piedade, representações que serviam de inspiração para quadros de pintores mais ou menos famosos (Lucas Van Leyden, Caravaggio, Jan Steen e outros), assim como para imagens em livros, *cartoons*, filmes, ou outros modos de representar o estereótipo do “tira dentes”, de alicate em punho, com um dentes bem seguro no mesmo, entre um sorriso largo do diligente dentista que contrasta com o esgar de dor, sofrimento e tortura do paciente indefeso, sentado numa cadeira.

Embora seja inegável o enorme progresso e avanço da Medicina Dentária, quer nos aspetos técnicos, estruturais e materiais, quer nas abordagens ao paciente, em que a relação médico-paciente se assumiu como de uma crescente importância e fundamentalmente decisiva no minimizar das emoções e sentimentos de medo e ansiedade dentária, o facto é que a representação desses “quadros” que povoam o imaginário popular, simbolizando o desconforto, o medo, a ansiedade, existe e é uma realidade em algumas pessoas e, logo, é socialmente aceite e é facilitadora da interiorização do medo, contribuindo para a sua manutenção, desenvolvimento ou até exacerbação, pondo em causa o tratamento dentário, enveredando, muitas vezes, pelo seu evitamento, com consequências gravosas para a saúde oral e para a saúde pública.

E apesar da introdução de um amplo conceito da medicina em geral, mas também na Medicina Dentária, da “arte de curar” para a “arte de prevenir” a doença e em

odontologia o tratamento oportuno e eficiente é uma forma de prevenir complicações e sequelas futuras, a promoção e prevenção das doenças, com a utilização de medidas e substâncias adequadas, a par de medidas de higiene e de uma dieta controlada e equilibrada, o Médico Dentista frequentemente é chamado a intervir ainda em muitos casos que exigem uma ação predominantemente curativa e reparadora.

O paciente português parece enquadrar o perfil das características daqueles que não conjugando a prevenção e o tratamento num processo contínuo, hipotecam irremediavelmente a sua saúde oral, isto porque os seus hábitos e cuidados com o estado da sua cavidade oral é ainda muito incipiente, só recorre ao Médico Dentista em último recurso, depois de ir adiando as visitas ao consultório por motivos diversos e que, regra geral, vão desde as limitações económicas, à ainda baixa tradição de consultar o Médico Dentista sem ter problemas mais graves, até ao receio dos tratamentos por preconceito, insuficiente informação, influência de experiências anteriores avaliadas negativamente ou por relatos de familiares ou de terceiros que supostamente receberam tratamentos dolorosos, reforçando o temor e as reações de medo e ansiedade.

Este handicap relacionado com os fatores de aceitação de tratamento por parte dos pacientes tem motivado alguns investigadores a perceberem os problemas relacionados com o medo e a ansiedade dentária e Norman Corah tornou-se num dos mais importantes estudiosos deste fenómeno, tendo desenvolvido e publicado a “Dental Anxiety Scale” (DAS), em 1969, um instrumento utilizado para medir e avaliar a ansiedade dentária (Milgrom et al., 1995). A partir da aplicação das escalas de avaliação dentária – DAS (Corah, 1969) e MDAS (Humphris et al., 1995), vários foram os estudos de diversos autores, em populações adultas de diferentes países, que demonstram uma prevalência variável de 5% a 20% de ansiedade dentária elevada (Milgrom et al., 1988; Hakeberg, 1992) e que se traduzem em atitudes de repulsa e recusa por parte do paciente que adota comportamentos que interferem com a visita regular e preventiva às consultas de Medicina Dentária, até ao total evitamento da consulta de Medicina Dentária.

Esta realidade coloca um problema sério aos profissionais de Medicina Dentária – a preparação do médico para abordar estas situações e a plena satisfação dos seus

pacientes, exigindo do profissional respostas assertivas ao complexo fenómeno do medo e ansiedade dentária, com base numa formação mais sólida no conhecimento das ciências comportamentais e na investigação médica.

## **2. ASPECTOS PSICOFISIOLÓGICOS NA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA**

### **2.1. O Stress do Paciente relacionado com a consulta de Medicina Dentária**

O stress, segundo Serra (*cit. in* Frias-Bulhosa, 1996), é referido a um indivíduo quando este se encontra em confronto com uma dada circunstância para a qual não tem preparados comportamentos automáticos de resposta exigindo-lhe uma nova adaptação. É através deste processo complexo que o organismo responde aos acontecimentos da vida, suscetíveis de colocar ameaças ao seu bem-estar, a partir dos agentes indutores de stress.

É indubitável que para muitas pessoas a consulta dentária se assuma como uma situação de stress, quer durante a consulta, quer por antecipação, porque experimentam receios de forma intensa, traduzindo-se em fenómenos de medo e ansiedade.

Kent (*cit. in* Frias-Bulhosa, 1996) considera que a ansiedade dentária envolve não só alterações fisiológicas e de comportamento, mas também convicções e pensamentos acerca dos tratamentos. Os aspetos cognitivos de stress dentário prendem-se com pensamentos expectantes por parte dos pacientes mais negativos do que na realidade acabam por experimentar.

A este respeito é conveniente recordar que é importante estabelecer a distinção entre stress fisiológico e psicológico, em que o primeiro se afirma como uma resposta orgânica a um dano tecidual real (por exemplo, a extração dentária) e o segundo uma resposta a uma ameaça simbólica, mas podendo conotar consequências fisiológicas idênticas à do stress fisiológico (Scott & Hirschman, 1982).



O stress psicológico implica sempre um problema de antecipação do futuro, em que o indivíduo teme por aquilo que se está a passar e teme, ainda, por aquilo que se irá passar.

### **2.1.1. Stress Fisiológico e Stress Psicológico**

Grande parte dos pacientes ansiosos de Medicina Dentária, relata como experiência mais desagradável a injeção de anestesia local como estímulo desencadeante de medo e ansiedade.

Scott et al. (*cit. in* Frias-Bulhosa, 1996) asseveram que as causas com maior indução de ansiedade dentária, no adulto, designadas de antecedentes imediatas, estão relacionadas com tratamentos ou ações dentárias específicas, nomeadamente a analgesia (injeção) e a preparação de cavidades dentárias (brocar).

Corah et al. (1978) consideram mesmo que a ansiedade dentária é mais específica que a ansiedade geral porque é a resposta que se estabelece no paciente ao stress específico de uma situação relacionada intimamente com todos e cada um dos procedimentos típicos da Medicina Dentária.

De facto, na prática clínica observam-se com frequência, reações adversas e indesejáveis de origem psicogénica aos anestésicos locais (Ferreira, 2007).

Milgrom et al. (*cit. in* Ferreira, 2007) defendem que o medo é capaz de influenciar a resposta à anestesia local porque há uma relação recíproca entre estes dois fatores – “O medo leva a uma inadequada anestesia e uma inadequada anestesia aumenta o medo”.

Muitos são os autores que referem que só a visualização da agulha, o estímulo que mais frequentemente desencadeia medo e ansiedade, pode conduzir a que o paciente evite mesmo o tratamento dentário.

Milgrom et al. (*cit. in* Ferreira, 2007) concluíram ainda que mais de 25% dos adultos avaliados, assumiram ter tido, no mínimo, um episódio de fobia perante a injeção.

O indivíduo, em presença de dor ou em situação de ansiedade, ativa as várias áreas do Sistema Nervoso Central (SNC), através dos estímulos transmitidos e de seguida ativa a eminência média do hipotálamo, onde é secretada e transportada a hormona libertadora de corticotrofina (CRH) até às células corticotróficas da adeno-hipófise que promovem a síntese e a secreção da hormona adenocorticotrófica (ACTH).

Segundo Guyton (1991) quando o stress aumenta, os valores de cortisol também aumentam, facto que inibe a secreção da ACTH. Em condições normais, o nível de cortisol circulante regula a secreção de ACTH, pela adeno-hipófise, mas o alto nível plasmático de cortisol inibe a secreção de ACTH, enquanto o nível baixo estimula uma rápida secreção da ACTH.

Segundo Carmen Benjamins (*cit. in* Frias-Bulhosa, 1996) certos estados ansiosos induzem determinadas alterações somáticas. A mais importante será a ativação do eixo adreno-hipotálamo-pituitária, que produzirá um aumento de secreção de cortisol, este fenómeno pode ser monitorizado pela concentração serológica de cortisol no sangue ou saliva, tornando-se segundo Carmen Benjamins um interessante método de diferenciar estados potencialmente ansiosos de estados não ansiosos.

Barros (*cit. in* Ferreira, 2007) afirma que em situações de stress é ativado o sistema de eixo hipotálamo e hipófise anterior que regula a secreção de cortisol da glândula supra-renal e o valor secretado num indivíduo adulto ansioso pode chegar a 5, 10 ou mais vezes maior que o valor médio diário secretado por um adulto normal – aproximadamente 20 mg.

Simultaneamente o Sistema Nervoso Simpático (SNS) promove a libertação de catecolaminas, pela sua atuação na zona medular da glândula supra-renal. São também libertados pela medula supra-renal grandes quantidades de epinefrina e de noradrenalina que passam diretamente para a circulação sanguínea, sendo transportadas para todos os

tecidos do corpo, gerando alterações ao nível da glucose, dos ácidos gordos, da constrição dos vasos sanguíneos, do aumento da pressão sanguínea e da contração da musculatura (Ferreira, 2007).

A CRH é o mensageiro químico entre os núcleos paraventriculares do hipotálamo e a hipófise anterior (Greenberg, 2002).

Greenberg (2002) clarifica que a ACTH é libertada pela hipófise, circula pela corrente sanguínea até à glândula supra-renal que se localiza anatomicamente acima do rim estimulando a libertação de cortisol, acionando a gliconeogénese (conversão de aminoácidos em glicogénio no fígado), a inibição da síntese proteica e a mobilização de ácidos gordos, a partir de tecido adiposo, incitando o aumento da pressão sanguínea arterial.

Neste processo, em média, 80% da secreção corresponde a adrenalina e 20% corresponde a noradrenalina, sensivelmente, variando, contudo, de indivíduo para indivíduo, de acordo com as suas condições fisiológicas. A adrenalina, quando libertada em maiores quantidades, produz no SNC efeitos excitatórios que atua sobre os recetores do músculo cardíaco, incitando o aumento da frequência e o aumento da resistência vascular periférica, podendo provocar dor cardíaca em pacientes portadores de insuficiência coronária.

O stress pode ainda potenciar, por meio de catecolaminas libertadas, um aumento dos níveis dos ativadores plasminogénicos, fomentando o aparecimento de hemorragias (Barros, *cit. in* Ferreira, 2007).

Como medida de prevenção, podem ser prescritos ansiolíticos, antes da consulta de Medicina Dentária aos utentes que sejam portadores de patologias sistémicas e aos que padeçam de insuficiência supra-renal. Aos pacientes diabéticos, ou insulín dependentes, em situação de ansiedade aumentada, com a libertação excessiva de catecolaminas, pode ocorrer um aumento considerável da glucose e colesterol, levando a uma inibição de secreção de insulina pancreática, assim como o aumento da frequência cardíaca e da

pressão arterial (Greenberg, 2002) situação que deve merecer uma vigilância apertada por parte do Médico Dentista.

Os pacientes hipertensos e/ou com história anterior de problemas coronários (enfarte, angina de peito, insuficiência cardíaca), em situações de stress, podem desenvolver episódios complicados, pelo que se torna oportuno o recurso à farmacoterapia ansiolítica, com pré-medicação com benzodiazepinas.

Finalmente, será relevante salientar que o desenvolvimento do stress depende, em grande parte, das características do indivíduo, principalmente da perceção e do seu potencial em enfrentar situações mais ou menos adversas e desafiadoras. Segundo o DSM-IV (1994) as alterações fisiológicas e psíquicas manifestadas pelo utente, relacionadas com o stress, podem ser diagnosticadas como Perturbação Stress Pós-Traumático e Perturbação Aguda de Stress.

## **2.2. Terminologia**

### **2.2.1. Medo Dentário**

Na literatura encontramos um diversificado conjunto de definições para o termo “medo”. Assim, pode ser considerado como uma perturbação angustiosa provocada por um perigo real ou imaginário; receio ou apreensão que suceda uma coisa contrária ao que se desejava; reação a um perigo real ou ameaçador (Álvarez & Rivero, 2006).

Nas variadas aceções do vocabulário “medo” encontramos implícito um sistema que ativa um processo de defesa a ameaças que fomos desenvolvendo, através de aprendizagens, que nos faz evitar potenciais perigos ou ameaças que fomos desenvolvendo, através de aprendizagens, que nos faz evitar potenciais perigos ou ameaças à nossa integridade e bem-estar. Assim, o medo assume-se como uma reação, uma resposta súbita de luta que resultou da perceção pessoal de uma situação, baseada na sua experiência, e na interpretação dessa situação e invade e afeta a pessoa, tanto na sua vida social, como familiar, laboral ou académica. É um mecanismo adaptativo por

excelência, no sentido em que é um sistema que ativa um processo de defesa (Lopes, 2009) e a resposta que o indivíduo encontra é sempre composta por três elementos relativamente independentes: cognitivo, fisiológico e comportamental, conforme sintetiza Ohman & Mineka (2001).

A submissão a tratamentos dentários tem sido relatada por pacientes como geradora de medo. Nathan (2001) refere que um dos principais elementos que parece interferir no comportamento de grande parte dos indivíduos que procuram atendimento odontológico é a crença de que serão submetidos a algum tipo de desconforto durante o tratamento e segundo Kvale et al. (1998) o medo extremo frente ao tratamento odontológico ocorre entre 5-10% da população adulta que tem a tendência em evitar parcialmente ou completamente o tratamento, tendo como consequência uma saúde oral deficiente, problemas psicológicos e redução da qualidade de vida.

Este medo, geralmente, inicia-se na infância ou na adolescência e resulta de experiências dolorosas anteriores, desconhecimento dos procedimentos, o ambiente do consultório, ideias negativas transmitidas por outras pessoas, entre outros fatores, o que pode originar a fuga à consulta do dentista e mais tarde dar origem a tratamentos invasivos, desconfortáveis, causando ainda mais medo, exacerbando o medo e criando-se o ciclo.

### **2.2.2. Ansiedade**

Frequentemente, o vocábulo “ansiedade” é utilizado para descrever uma experiência emocional de medo, fobia, pânico e stress. De facto, diversos interlocutores (população em geral, clínicos e até investigadores) utilizam intuitiva e empiricamente estes termos de forma indiscriminada, indiferenciada e indistinta.

O termo ansiedade (do latim, *anxietate*) significa estado de inquietação do ânimo; angústia que acompanha muitas doenças; reação emocional, resposta ou padrão de resposta; traço de personalidade, estado, sintoma, síndrome e experiência interna, reação a um perigo real ou imaginário (Álvarez & Rivero, 2006), mas tem as suas raízes em Freud. Na teoria freudiana, a ansiedade dizia respeito à libido contida, ou seja, um

aumento fisiológico da tensão sexual que conduzia a um aumento da libido e à representação mental desse evento fisiológico.

Nos nossos dias, é recorrente as pessoas referirem-se em diversos momentos a experiências de ansiedade, relatando sensações difusas, desagradáveis, apreensão, cefaleias, palpitações, mal-estar, agitação, incapacidade em permanecer sentado ou quieto por algum tempo. Todavia, à definição de ansiedade que parece mais completa é a apresentada pela American Psychiatric Association (2006) que a define como sendo uma “antecipação apreensiva de futuro perigo ou desgraça, acompanhada por um sentimento de disforia ou sintomas somáticos de tensão”. É assim um estado orientado para o futuro, funcionando para motivar o organismo, de tal modo que o futuro seja prevenido. Isto é, pode-se falar de ansiedade antecipatória, quando há distância temporal entre o sentir ansiedade e o momento do potencial evento causador de ansiedade (Lopes, 2009).

Este estado é também caracterizado por pensamentos catastróficos ou de incompetência pessoal e a sintomatologia varia de uma forma interpessoal, sendo por isso, por vezes, de complicada classificação e orientação.

Segundo o Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition (DSM-IV), existem seis principais distúrbios de ansiedade:

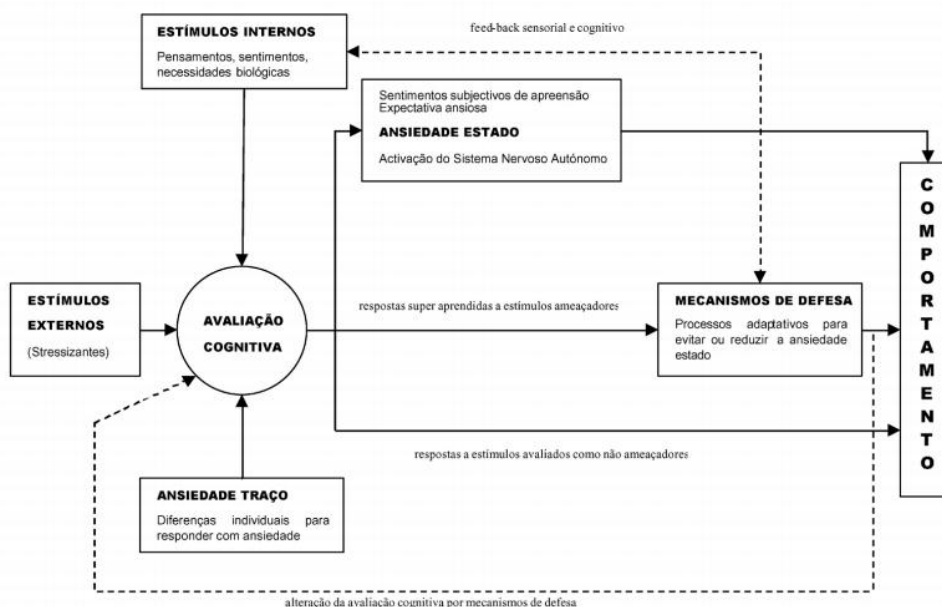
- 1- Distúrbio de Pânico com e sem Agorafobia;
- 2- Distúrbio Obsessivo-Compulsivo;
- 3- Fobia Social;
- 4- Distúrbio de Ansiedade Generalizada;
- 5- Fobia Específica;
- 6- Stress Pós-Traumático. (American Psychiatric Association, 2006)

É durante o período da infância que o indivíduo pode experimentar, vivenciar e interiorizar situações de ansiedade, enquanto sentimento que pode ser potenciado por acontecimentos traumáticos, medo do desconhecido, sensações de imprevisibilidade, processos de socialização, ou até por aprendizagens ou imitação, no seio do ambiente familiar em que o indivíduo se insere.

Segundo Cattell & Scheider (*cit. in* Lopes, 2009), a ansiedade pode ser subdividida em duas componentes:

- Ansiedade Traço;
- Ansiedade Estado.

A partir deste conceito, Spielberger (*cit. in* Lopes, 2009) avançou com o conceito de Ansiedade Estado-Traço. Esta conceção assenta na diferenciação entre ansiedade enquanto traço da personalidade e ansiedade como um estado transitório, nos estímulos predisponentes e nos seus mecanismos de defesa (Figura 1).



**Figura 1- Conceção Estado-Traço da Ansiedade. Adaptado de Spielberger (1966) (*cit. in* Lopes 2009).**

Assim, Spielberger (*cit. in* Lopes, 2009), considera que a ansiedade-estado se baseia em “sentimentos, subjetivos e conscientes, de apreensão e tensão acompanhados por ou associados pela ativação do sistema nervoso autónomo”, enquanto a ansiedade-traço parece implicar um motivo ou disposição comportamental adquirida, que predispõe o indivíduo a percecionar um vasto leque de circunstâncias objetivamente não perigosas, como ameaçadoras e a responder com reações de ansiedade-estado desproporcionadas em intensidade à magnitude do perigo objetivo.

### **2.3. Outras formas de Ansiedade**

#### **2.3.1. Preocupação**

O termo preocupação provém do latim e significa inquietação, absorção completa e é considerada como a componente cognitiva da ansiedade.

#### **2.3.2. Fobia**

A fobia é uma sensação especial de medo intenso, sendo definida como “um medo marcado e persistente de objetos ou situações claramente discerníveis e circunscritas”, sendo que “a exposição ao estímulo fóbico provoca quase invariavelmente uma resposta de ansiedade imediata” (Sadock & Sadock, 2007).

Quando o perigo é reconhecido, o indivíduo reage através de um conjunto de respostas comportamentais e neurovegetativas que interferem com a sua função e o seu papel social.

Estas manifestações podem variar de indivíduo para indivíduo e em cada indivíduo, de intensidade (perder o controlo, entrar em pânico), consoante a proximidade ou exposição à situação temida e do grau com que a fuga do estímulo fóbico é permitida (Ferreira, 2007).



Outras características das fobias é muitas das vezes não conseguirem ser explicadas e ser difícil, senão impossível, eliminá-las, racionalmente, por não serem voluntariamente controladas (Lopes, 2009).

Frequentemente, o quadro sintomatológico das fobias caracteriza-se pela dilatação das pupilas, palidez, sensação de formigueiro e distúrbios gastrointestinais. Quando o perigo não é tão evidente, mas persiste de modo subtil e continuado, instalando-se no indivíduo uma apreensão, com sinais e sintomas característicos do medo, mas com intensidade mais severa (Ferreira, 2007).

### **2.3.3. Pânico e Ataque de Pânico**

O termo *pânico* deriva da palavra grega *panikos* que associado a outra palavra que signifique medo, qualifica a sua intensidade e o seu carácter irracional, podendo ser também utilizado para descrever fenómenos psicológicos, podendo surgir sob a forma de episódios agudos, que poderão afetar um indivíduo ou um grupo completo (Pichot, 1999).

O pânico envolve, assim, um sentimento de terror intenso e súbito, com grande restrição social, uma vez que as pessoas que sofrem um ataque de pânico normalmente aumentam os seus receios e acabam por se isolarem.

Segundo o DSM-IV, um *ataque de pânico* é “um discreto período de tempo de intenso medo ou desconforto durante o qual quatro (ou mais) de uma lista de 13 sintomas se desenvolvem abruptamente e atingem um pico em 10 minutos e é frequentemente acompanhado por uma sensação de perigo ou catástrofe eminente e um impulso para a fuga”. Os ataques de pânico não devem ser codificados separadamente, devendo ser codificados em conjunto com a patologia ansiosa com a qual ocorrem (American Psychiatric Association, 2002).

#### **2.3.4. Alterações Obsessivas e Compulsivas**

As alterações obsessivas-compulsivas caracterizam-se por sentimentos ou pensamentos persistentes e incontroláveis (obsessões) e rotinas ou rituais nos quais os indivíduos recorrem para se protegerem desses pensamentos ou sentimentos. Quando alguém sofre um trauma físico ou psicológico, pode viver uma ansiedade pós-traumática, com forte receio devido às lembranças do evento doloroso (American Psychological Association, 2009).

#### **2.3.5. Ansiedade Dentária**

O conceito de ansiedade dentária, ainda hoje, não está claramente definido e é utilizado com frequência para se referir desde o mais leve sentimento de apreensão que um paciente pode sentir no consultório de Medicina Dentária até ao mais forte ataque de pânico e recusa do tratamento dentário.

Não obstante, o termo “ansiedade dentária” é alternadamente utilizado para descrever um sentimento generalizado de medo e apreensão (Ayer, Domoto, Gale, Joy & Melamed, 1983), ansiedade extrema ou desproporcionada (Molin & Seeman, 1970) ou mesmo fobia dentária (Lautch, 1971) e a sua intensidade varia com cada definição (*cit. in* Lopes, 2009).

Embora esteja subjacente na ansiedade dentária o medo do paciente, a verdade é que a diferença entre medo e a ansiedade parece ser apenas na intensidade, pois a ansiedade está intimamente relacionada com o medo, uma vez que se assume como uma das respostas a alguma ameaça.

Stouthard define a ansiedade dentária como “uma ansiedade-traço específica de uma situação, uma predisposição para sentir ansiedade em situações associadas à consulta de Medicina Dentária (Stouthard, Mellenbergh & Hoogstraten, 1993), enquanto Locker afirma que a ansiedade dentária deve ser entendida como uma ansiedade-estado, em oposição a uma componente familiar (Locker, Poulton & Thomson, 2001), mas como a ansiedade-traço influencia as respostas da ansiedade-estado, por estarem

indissociavelmente ligadas, uma maior ansiedade-traço pode conduzir a uma maior ansiedade dentária (Berggren & Carlsson, 1985; Schuurs & Hoogstraten, 1993) (*cit. in* Lopes, 2009).

Kent (1990), na análise da problemática da ansiedade dentária destaca que esta engloba alterações fisiológicas, comportamentais, convicções e pensamentos relativamente aos tratamentos. Salienta, ainda, que os pensamentos apresentados pelas pessoas no momento que precede a consulta são sempre mais negativos do que os que são experimentados no momento da consulta. Isto gera no indivíduo um estado subjetivo de sentimento de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação (Spielberger, 1976).

São muitos os estudos que relacionam o aumento do grau de ansiedade dentária com a urgência dentária e consequentemente com a dor, concluindo que a dor continua a representar o principal motivo de marcação de consulta dentária, o que por si só influenciará o aumento do grau de ansiedade (Corah et al., 1978) e vários autores encontraram, em vários estudos efetuados, números que asseguram que existe uma prevalência variável de 5% a 20% de ansiedade dentária elevada, em populações adultas de diferentes países (Milgrom et al., 1988; Hakeberg, 1992).

#### **2.3.5.1. Causas e Consequências da Ansiedade Dentária**

A ansiedade dentária é um fenómeno complexo e não é determinada exclusivamente por uma só variável. A literatura aponta com mais insistência os seguintes fatores que estão ligados a uma maior incidência de ansiedade dentária:

- Características da própria personalidade;
- Medo da dor;
- Experiências dentárias traumáticas passadas, particularmente na infância (experiências condicionantes);

- A influência de familiares ou pares dentalmente ansiosos que despertam o medo na pessoa (aprendizagem vicariante);
- Medo de sangue e feridas. (Hmud & Walsh, 2007)

O medo à dor relaciona-se fortemente com o desenvolvimento da ansiedade dentária e o evitamento do tratamento dentário. Kent (1990) refere que o recordar da dor dentária é “reconstruído” com o tempo e os pacientes altamente ansiosos tendem a sobrevalorizar a dor que sentiram antes de se realizar o procedimento dentário e também tendem a exacerbar a intensidade da dor experimentada quando são instados a referir-se à sensação de dor sentida.

Em termos gerais, há que reconhecer que a expectativa de um paciente sentir dor, ser ferido ou vir a ser, de algum modo, magoado, durante o tratamento, são fatores geradores de ansiedade dentária.

Hmud & Walsh (2007) referem ainda que os pacientes mencionaram frequentemente o tempo de espera para um tratamento dentário como um fator provocador de ansiedade, já que aumenta o tempo em que se pode pensar sobre o que se passará ou poderá passar-se e interiorizar possibilidades de alcançar os piores resultados.

Os sentimentos negativos, as expectativas de vulnerabilidade no ambiente dentário, são fatores que levam os pacientes a desenvolverem ansiedade e, ainda por cima, pacientes ansiosos têm referido que os médicos dentistas os fazem sentir culpados por se sentirem ansiosos (Hmud & Walsh, 2007).

O medo e a ansiedade dentária estão fortemente associados a um pobre estado de saúde oral. Apesar de todos os avanços tecnológicos na área da Medicina Dentária, essas barreiras continuam a criar obstáculos para uma otimização dos serviços de saúde oral.

Diversos estudos demonstraram que os pacientes altamente ansiosos têm uma probabilidade mais alta de não procurarem cuidados dentários ou até de os evitar por completo.

Eitner et al. (2006) concluíram que a evasão ao tratamento dentário está altamente relacionada com os índices de ansiedade e o aumento da morbidade das cáries e dos índices DMFS.

Mesmo quando os pacientes visitem o Médico Dentista com alguma frequência, é provável que evitem datas marcadas e necessárias para completar o tratamento requerido, resultando desta evasão uma maior prevalência de cáries, com posteriores problemas mais graves.

### **3. FACTORES DESENCADEANTES E INDUTORES DE MEDO E ANSIEDADE DENTÁRIA**

#### **3.1. Explicação para a aquisição do Medo e da Ansiedade Dentária**

##### **3.1.1. Etiologia**

O medo, a ansiedade em geral, e a ansiedade dentária em particular, têm etiologias bem distintas, mas cuja fronteira não está perfeitamente definida e, algumas vezes, os conceitos parece que são mais ou menos próximos.

A variedade de fatores resulta da diversidade dos pacientes socialmente heterogêneos, mas com personalidades únicas, com experiências, vivências, sensações, expectativas e aspirações próprias.

Se por um lado alguns pacientes nunca se queixam, outros sentem alguma dor e outros, ainda, sentem dor, mesmo antes do procedimento médico. Alguns relatam problemas com origem na infância e realçam o medo, a dor dentária, revelam experiências negativas na infância ou adolescência, ou situações descritas por familiares e amigos

como altamente negativas, enquanto outros põem a nu distúrbios da própria personalidade, em ataques de pânico ou com fobias acentuadas (Álvarez & Rivero, 2006).

Assim, para tentarmos perceber melhor a relação que alguns fatores podem ter, tais como a condição socioeconómica, a idade, o género e ambiente do próprio consultório, abordaremos a influência que os mesmos podem ter no medo e ansiedade dentária (Álvarez & Rivero, 2006).

### **3.1.2. Condição Socioeconómica**

Os poucos recursos económicos, característicos da classe social mais baixa, com carências de toda a ordem, desde a financeira, à quase ausência de hábitos de higiene e saúde, assim como uma formação/nível de escolarização baixa, tendem a protelar a visita ao Médico Dentista, fazendo-o apenas em situações de emergência ou de carência absoluta (Ferreira, 2007).

Este efeito “bola de neve” em que o nível de carências é de tal ordem limitador da visita frequente ao dentista que quando recorrem à consulta os problemas são mais difíceis de tratar.

Face a todas estas vicissitudes, só recorrem ao Médico Dentista em situação de emergência, com dor aguda e em que ocorre o tratamento com recurso a inevitáveis técnicas invasivas, contribuindo assim para um aumento significativo da ansiedade, refletindo-se como uma possível situação traumática que poderá afastar o indivíduo de outros tratamentos de saúde oral. Isto vem favorecer o receio e a limitação de nova visita ao seu dentista, encerrando-se, deste modo, o ciclo vicioso (Ferreira, 2007).

Em suma, a classe social mais baixa é passível de apresentar maior prevalência de adultos com ansiedade dentária, alimentada por muitos mitos e ditos baseados na crença popular e facilmente interiorizados pelo baixo nível de formação e instrução (Ferreira, 2007).

A relação entre baixos recursos económicos e deficiente assistência e cuidados na saúde oral, induz a decadência do estado dentário destes indivíduos, proporcionando uma ansiedade acrescida, tendo em vista o constrangimento social e psicológico intrínseco a esta circunstância (Locker, 2003; Lopes, 2005).

Em sentido oposto, surgem alguns estudos que contrapõem que não existe clara relação entre o nível de instrução e o estatuto socioeconómico e o estado da saúde dentária (Doerr et al., 1998).

### **3.1.3. Idade**

O fator idade parece interferir em função das variáveis associadas em análise. Assim, as crianças revelam mais sensação de medo que os adultos e o temor e a ansiedade ante o tratamento dentário são problemas frequentes em crianças e adolescentes.

Nas faixas etárias que englobam os jovens, a ansiedade dentária decorre de fatores psicológicos que estarão relacionados com experiências traumáticas passadas ou até pela influência de relatos de adultos próximos, familiares ou amigos. O período da adolescência é marcadamente vincado por alguma instabilidade emocional, provocada por mudanças ao nível emocional, cognitivo e social. Estas alterações podem constituir uma importância equiparável às desordens psicológicas que condicionam experiências e estes desequilíbrios são os responsáveis pela ansiedade presente na idade adulta (Thomson et al., 1997; Locker et al., 2001).

Com o avançar da idade, a ansiedade faz um percurso inverso, isto é, tende a diminuir, mostrando-se menos prevalente nos mais idosos. Isto acontece porque os mais idosos estão expostos a um leque variado de patologias médicas, bem mais invasivas e dolorosas que o tratamento dentário e a experiência que adquirem permitem-lhes enfrentar a ansiedade pela habituação aos níveis de dor e exposição a muitas outras sensações que acabam por aceitar o tratamento dentário com passividade (Bottan et al., 2007; Hagglin et al., *cit. in* Maniglia-Ferreira et al., 2004; Souza et al., 2005; Humphris et al., 2009; Udouye et al., *cit. in* Chaves et al., 2006).

Segundo Davey (*cit. in* Kanegane et al., 2006) as pessoas com mais idade tendem a relatar menos experiências desagradáveis. Isto é um indicativo de que se o indivíduo passar por experiências que o levem a reavaliar as consequências de se expor à situação fóbica, ele poderá ter maior capacidade de enfrentamento. Essas pessoas conseguem-se controlar, equilibrando a expectativa com experiência.

O historial de sofrimento, pelas múltiplas patologias que já padecem, aumenta o seu potencial de tolerância à dor e ao desconforto. A consulta dentária, mas tendo em conta um possível mau estado oral e apesar do procedimento executado, não constitui estímulo ansioso (Locker & Liddell, 1991). As pessoas idosas estão expostas a doenças somáticas, solidão, perda, mobilidade restrita e alterações neurodegenerativas devido a acidentes vasculares cerebrais e demência, que confundem a avaliação da ansiedade (Allgulander, 2007).

Locker & Liddell (1991) referem ainda que a ansiedade dentária diminui com a idade, isto pode ser devido ao declínio geral com o envelhecimento, à maior exposição de outras doenças e ao seu tratamento, à doença terminal e à morte.

Segundo Halling et al. (1999) estudos longitudinais demonstraram que a ansiedade dentária tende a decrescer devido à evolução tecnológica. Mas nos mais velhos, a habituação, a resignação ou até a maturidade mental, surgem como explicação para a diminuição do estado ansioso, perante uma consulta de Medicina Dentária (*cit. in* Ferreira, 2007).

#### **3.1.4. Género**

Embora alguns autores não tenham encontrado diferenças significativas quanto ao género (Locker et al., 1991; Maniglia-Ferreira et al., *cit. in* Chaves et al., 2006; Weisenberg et al., *cit. in* Hu et al., 2007; Kanegane et al., 2006), outros indicam um maior grau de ansiedade nas mulheres, comparativamente aos homens (Locker, 2003; Humphris et al., 2009; Chaves et al., 2006; Quteish Taani, Rosa & Ferreira, Garip et al., Settineri et al., Udoeye et al., *cit. in* Chaves et al., 2006; Hu et al., 2007; Erten et al.,



2006; Settineri et al., Schuller et al., *cit. in* Santos et al., 2007). As razões parecem residir na maior fragilidade psicológica apresentada pelas mulheres e na menor aceitação social.

Os homens, apesar de sentirem ansiedade, resguardam-se, na hora de a exprimirem são mais conservadores, não demonstrando verdadeiramente aquilo que sentem, camuflando, desta maneira, o seu verdadeiro sentimento em relação ao Médico Dentista (Corah et al., 1978). Isto conduz a que a aceitação de normas, a sinceridade e a maior facilidade em expressar as suas emoções por parte da mulher, contrasta com taxas estatísticas irreais, ou falaciosas, figurando, todavia, o género masculino como menos ansioso, quando há índices de consultas dentárias mais baixas entre os homens que entre as mulheres e que é recorrente os homens faltarem às consultas (Dental American Association).

### **3.1.5. Outros Factores**

Outros fatores poderão concorrer para influenciar a ansiedade dentária, dependendo da personalidade do paciente, mas consideramos pertinente abordar os seguintes:

- **Situações emocionais**

Os sentimentos de perda, de inferioridade, de apatia ou de depressão, fruto de conflitos pessoais, sociais, ou familiares, concorrem para demonstrar insegurança, um maior ou menor nível de ansiedade e dependência e requerem sensibilidade, atenção, palavras tranquilizadoras de carinho, um gesto delicado durante os procedimentos dentários.

- **Consultório e sala de espera**

Será importante ter em conta que o aumento do tempo de espera por parte do paciente é acompanhado por um aumento de ansiedade e de stress (Frias-Bulhosa, 1996).

O ambiente do consultório também se assume como fator importante, quer na preocupação de proporcionar um ambiente tranquilizador e de bem-estar, um espaço saudável e humanizado, agradável, harmonioso, moderno e próximo dos utentes, quer na preocupação de ocultar instrumentos e cheiros que influenciem na cognição, emoções e comportamentos ansiogénicos.

- **Relação médico-paciente**

A relação médico-paciente deve estabelecer uma empatia forte que reduza os fatores ansiogénicos. O Médico Dentista ao adotar uma atitude que permita desenvolver uma relação de confiança, deve garantir uma situação de tratamento calma, segura e com a preocupação de disponibilizar todas as informações ao paciente sobre os procedimentos a realizar.

#### **4. ABORDAGENS TEÓRICAS SOBRE A ANSIEDADE DENTÁRIA**

O medo e a ansiedade dentária não se restringem a um grupo de indivíduos mais ou menos homogêneo que desenvolveram comportamentos aversivos aos tratamentos dentários ou até evidenciam componentes de um síndrome relacionado com a ansiedade. A ansiedade dentária abarca uma etiologia multifatorial, onde a idade, as condições psicológicas do paciente, as experiências traumáticas anteriores, as experiências médicas já vividas, o diferente grau de sensibilidade ou de tolerância à dor, a influência da família ou do grupo de pares (Ferreira, 2007) concorrem decisivamente para potenciar ou minimizar esse estado ante a consulta dentária.

Sobre esta temática, vários têm sido os estados que tentam encontrar a origem da ansiedade dentária, as principais causas e consequências.

Beck et al. (*cit. in* Ferreira, 2007) atribuem como causa do medo evidenciado pelo paciente, o trauma causado por tratamentos dentários anteriores. Quando o fator etiológico do temor se prende com injeções anestésicas, é inerente a existência de experiências traumáticas anteriores. Este tipo de receio, ocorre independentemente do

tipo de anestésico injetado, da dose, do tipo de vasoconstritor, relacionando-se apenas com o local da aplicação da injeção e a técnica anestésica utilizada, tal como a dor provocada. Assim, a maioria das reações indesejáveis a anestésicos locais, ocorrem como resposta ao procedimento administração dos mesmos e não na decorrência do próprio anestésico.

Scott & Hirschman (1982) concluíram que de entre as principais causas de ansiedade durante o tratamento dentário, são o medo de injeções e o ruído dos instrumentos de rotação aquelas que mais marcam alguns indivíduos.

Parece também decisiva a abordagem, que o Médico Dentista faz na primeira consulta. Essa abordagem poderá assumir-se como uma marco de uma experiência positiva ou extremamente negativa para qualquer paciente.

Scott & Hirschman (1982) referem que o ambiente na sala de espera pode interferir com o paciente porque ele concebe expectativas e interioriza incertezas sobre aquilo que o espera. Já no consultório, o barulho, o contacto com os instrumentos, o cheiro característico do consultório, poderão ser estímulos que potenciam valores mais elevados de ansiedade e contribuir para uma situação marcante por uma experiência indesejável.

Weiner & Sheehan (*cit. in* Lopes, 2009) classificaram a ansiedade dentária em exógena e endógena, relativamente à sua origem.

#### **4.1. Ansiedade Exógena**

A ansiedade dentária exógena surge como um resultado do ambiente, como uma resposta desenvolvida em consequência de experiências diretas ou indiretas.

#### **4.1.1. Experiências diretas**

As experiências diretas resultam, geralmente, de experiências negativas, na abordagem clínica, sob a forma de dor, susto, de uma interação negativa entre o dentista e o paciente, a partir da interiorização de crenças, estereótipos, socialmente transmitidas e que podem conduzir a comportamentos por imitação.

Este fenómeno parece ser uma resposta, com base em experiências vividas durante os tratamentos médico-dentários, em que o grau de medo é determinado pelo número de vezes que o paciente associa a experiência indutora de medo e o estímulo e manifesta a intensidade de medo experimentado na presença de estímulos (Lopes, 2009).

Estas experiências são frequentemente associadas à conotação de traumatizantes, apenas pelo indivíduo que as viveu, já que se fazem depender das percepções de cada paciente, podendo mesmo ser consideradas nada traumatizantes para outras pessoas (Ferreira, 2007).

Lautch (1971) num estudo que realizou, demonstrou que pacientes com ansiedade muito severa muitos deles não conseguiram terminar a entrevista no consultório. Dos 34 pacientes fóbicos, todos referiram ter vivenciado, pelo menos, uma experiência traumatizante, 89% destes, viveram uma segunda, compreendendo dor física, medo e expectativa de desastre iminente. Esta ideia é também corroborada por outros estudos que concluíram que os pacientes referem ter experimentado situações traumatizantes, em que o medo da dor assume proporções elevadas, sendo o fator predisponente da origem e manutenção da ansiedade dentária (Moore et al., 1991; de Jongh et al., 2003; Liddell & Locker, 2000).

#### **4.1.2. Experiências indiretas**

As experiências indiretas surgem fundamentalmente por aprendizagem vicariante, sobretudo, pela influência de familiares ou pares dentalmente ansiosos e que despertam ou até exacerbam o medo na pessoa (Hmud & Walsh, 2007).

A interação entre pares, que contribui para a aprendizagem social tem uma grande quota-parte, já que os relatos de familiares e amigos, relativamente a atitudes desfavoráveis de dentistas, muitas vezes sem grande crédito, aliadas ao sentimento de apreensão, transformam-se em crenças para a população que, em muitos casos por falta de formação e de instrução, constroem e interiorizam reações de medo por imitação, com base em histórias de familiares, amigos ou até veiculadas pela comunicação social.

Astrom & Jakobsen (1996) defendem que os pais funcionam como um forte modelo social no desenvolvimento de diferentes aspetos de comportamentos ligados à saúde oral.

Por sua vez, o padrão parental de visitas ao Médico Dentista influencia a racionalização para marcar consultas aos filhos, ocorrendo predominantemente visitas motivadas pela sintomatologia, em vez de consultas de rotina (Thomson et al., 1996; Skaret et al., 1998) (*cit. in* Lopes, 2009).

A sensação de impotência e de perda de controlo estão intimamente ligadas e contribuem também para a ansiedade, na medida em que pode conduzir a uma situação de perda do controlo comportamental e controlo cognitivo. O controlo comportamental pode ser facilmente entendido quando o Médico Dentista não respeita a vontade do utente que lhe pede para parar ou então quando lhe solicita mais anestesia e o controlo cognitivo está relacionado com o que os doentes mentalmente esquematizam para reduzir ou minimizar a aversão ao estímulo. Quando isto não acontece, emergem pensamentos catastróficos, que podem atingir a perda de controlo, momentos de pânico e até a morte (Lopes, 2009).

#### **4.2. Ansiedade Endógena**

Segundo Weiner & Sheehan (*cit. in* Lopes, 2009) a ansiedade dentária endógena é considerada como uma componente de vulnerabilidade constitucional de distúrbios ansiosos, evidenciados por medos múltiplos, ansiedade generalizada ou crises de pânico.

Locker et al. (*cit. in* Ferreira, 2007) defendem que estes medos múltiplos ou estados de ansiedade generalizada, podem estar relacionados com a manutenção da ansiedade dentária, constatando que indivíduos do grupo endógeno têm maior percentagem de remissão que os do grupo exógeno.

Um exemplo de como a vulnerabilidade, ou ansiedade-traço, pode ter influência na ansiedade dentária parece ser o género, isto porque (Kanegane et al., 2003; Allgulander, 2007; Corah et al., Rosa & Ferreira, *cit. in* Maniglia-Ferreira et al. 2004; Petry et al., 2006; Corah et al., Kanegane et al., Liddell & Locker, Rosa & Ferreira, *cit. in* Kanegane, 2006; Bottan et al., 2007; Heaton et al., 2008; Berggren et al., Moore et al., McNeil et al., Neverlien, *cit. in* Frias-Bulhosa, 1996; Singh et al., Rosa & Ferreira, Udoe et al., Hu et al., Kanegane et al., Garip et al., Schuller et al., Muglali et al., Quteish Taani, *cit. in* Presoto et al. 2011) focam a prevalência da ansiedade mediante géneros e apontam para diferenças significativas, em que o género feminino apresenta valores mais elevados de ansiedade dentária, traduzindo essa vulnerabilidade por parte das mulheres.

Todavia, estes valores carecem de estudos mais aprofundados, uma vez que existem outros que não encontram diferenças significativas na ansiedade dentária (Santos et al., 2007; Locker et al., *cit. in* Doerr et al., 1998; Doerr et al., 1998) na comparação entre géneros, e também temos de traduzir essa diferença à luz da disposição e sinceridade que as mulheres costumam demonstrar, contrariamente a alguns homens que não se mostram dispostos a revelar a situação de ansiedade, como aliás já foi abordado nos fatores desencadeantes e indutores de medo e ansiedade dentária.

Segundo Settineri et al. (*cit. in* Presoto et al. 2011) as mulheres tendem a lembrar da dor com mais vivacidade depois da consulta já ter terminado, o que pode ajudar a explicar o aumento da ansiedade no decorrer do tratamento.

Grossman & Wood (*cit. in* Doerr et al. 1998) referem, ainda que as mulheres experimentam níveis de ansiedade mais altos do que os homens devido à crença estereotipada que elas vivenciam emoções de maior intensidade do que os homens.

## **5. ESTRATÉGIAS A ADOTAR PARA REDUÇÃO DO MEDO E DA ANSIEDADE DENTÁRIA DURANTE OS PROCEDIMENTOS DENTÁRIOS**

Segundo Mechanic (*cit in* Frias-Bulhosa, 1996), a saúde é um produto da cultura e estrutura social das populações e a somatização de aspetos induzidos pelo stress é um dos mais controversos assuntos da atualidade. A correção da forma como o indivíduo apreende aquilo que o rodeia e que o faz reagir com mecanismos de resposta típica ao stress, é talvez uma das mais válidas tentativas de reduzir a ansiedade e a fobia de uma forma geral.

Muitas metodologias têm sido desenvolvidas na área da Medicina Dentária para permitir uma diminuição do medo e da ansiedade dentária.

Kanegane (*cit in* Santos et al., 2007) defende que o profissional de saúde deverá adotar condutas diferenciadas para lidar com os pacientes mais refratários às situações causadoras de ansiedade. Desta forma, os Médicos Dentistas necessitam encontrar formas de reduzir a ansiedade e transformar o tratamento numa experiência positiva como maneira de reduzir a ansiedade e melhorar a saúde oral destes indivíduos.

O controlo da ansiedade dentária inicia-se na avaliação clínica e anamnese, onde o profissional deve conhecer o seu paciente, avaliar o seu perfil psicológico, estabelecer uma relação de confiança e, quando julgue necessário, aplicar algum instrumento psicométrico para melhor planear o atendimento.

O profissional de saúde necessita ter consciência de que o seu paciente não é somente boca, que, quando o paciente está sob intervenção dentária, ele é um sujeito que traz uma série de temores e esperanças. Com explicações simples, ao alcance do entendimento dos pacientes, o Médico Dentista pode desmistificar o tratamento dentário e com isso diminuir o clima de ansiedade (Bottan et al., 2007).

Portanto, quando da formação do Médico Dentista é necessário que se desperte, no futuro profissional, a atenção para o estudo das relações Paciente-Médico Dentista. Ele precisa de ser alertado para o facto de que muitas crianças, e até mesmo adultos,

chegam ao consultório amedrontadas, com ideias pré-concebidas a respeito do que irá acontecer durante a consulta. A redução da ansiedade é essencial para o tratamento e para a motivação do paciente ao retorno periódico. Modificar conceitos negativos de experiências anteriores é muito importante para uma proposta de atendimento de um paciente que vem em busca de um tratamento dentário ou daqueles que fogem ao tratamento em decorrência do medo (Bottan et al., 2007).

Segundo Hmud & Walsh (2007), logo que se identifique um paciente ansioso ou temeroso, pode pôr-se em funcionamento uma série de medidas, por exemplo:

- Dar tempo suficiente para a consulta dentária;
- Minimizar fatores que provoquem ansiedade, como modificar a configuração do consultório, a assistente dentária colocar os instrumentos onde não se vêem ou cobertos, colocar na sala de tratamento uma fragância para reduzir o aroma clínico;
- Introduzir métodos de relaxamento;
- Fornecer um controle adicional durante o procedimento;
- Usar técnicas de distração, como música com auscultadores, óculos para vídeos, óculos para ver a realidade virtual (especialmente em adultos);
- Anestesiar de forma mais eficiente ou usar métodos complementares, como injetores peristálticos, cremes tópicos e estimulação nervosa transcutânea;
- Remeter para especialistas cognitivos ou de comportamento ou Psicólogos para manipular a ansiedade e terapias de comportamento;
- Dar sedação consciente usando agentes farmacológicos;



Deverá usar-se uma estratégia multifacetada em vez de confiar numa só, pois melhora a possibilidade de êxito. Manipular pacientes com ansiedade varia dependendo de fatores tais como a idade, género, grau de cooperação previsto e a sua história médica ou dentária (Hmud & Walsh, 2007).

### **5.1. Comunicação Médico Dentista-Paciente**

A comunicação tem um papel importante na redução da ansiedade. Dar suporte verbal e tranquilidade é uma estratégia utilizada frequentemente.

Uma comunicação adequada exige muita habilidade no uso das palavras, gestos, olhares, expressões corporais e atitudes para que demonstrem segurança e tranquilidade.

Para ser um método efetivo ao máximo, este necessita de ser adotado por todo o pessoal com que o paciente interatua. Uma rececionista que nota que os pacientes estão com ansiedade pode programar tempo suficiente para a consulta, dando aos profissionais tempo adicional para explicar cuidadosamente os procedimentos e logo de seguida proceder lentamente ao tratamento (Hmud & Walsh, 2007).

Nesta fase recorre-se à adoção de atitudes generalizadas que assentam no fornecimento de confiança, informação realista, demonstração de competência e administrar poder de controlo ao paciente, através de gestos (sinais para parar e avançar o tratamento). Todos os procedimentos necessitam de ser acompanhados de explicação elaborada e detalhada dos instrumentos a utilizar e finalizada com a preparação do doente para o que vai ocorrer, designada de técnica “tell-show-do” (Ferreira, 2007).

Corah (*cit in* Frias-Bulhosa, 1996) refere que o valor da DAS vai diminuindo à medida que a relação médico-doente é mais forte, atingindo sempre o valor mais alto na 1ª consulta.

Milgrom & Weintein (*cit in* Moraes, 2003) salientam a importância da qualidade da relação entre o Médico Dentista e o seu paciente, a qual pode ser melhorada com a

atitude empática do profissional, o seu respeito às queixas e sentimentos do paciente e pela exposição clara dos procedimentos que serão realizados.

Segundo Moraes (2003), compete ao Médico Dentista olhar o seu paciente como um ser humano completo, não apenas como um local a ser tratado tecnicamente. E não só olhar, mas ouvir e compreender. O facto de ser atendido de forma mais calma e humana, já torna o paciente mais cooperativo.

## **5.2. Técnicas psicológicas e psicoterapêuticas**

### **5.2.1. Terapias de relaxamento**

As terapias de relaxamento podem aumentar o nível de confiança e dar aos pacientes a sensação de controlo sobre o seu próprio estado psicológico. Estes métodos podem ser muito efetivos em pacientes motivados e cooperativos e pode ser usado antes e durante a consulta dentária. Estas técnicas são seguras, não tem efeitos secundários e dão aos pacientes maior controlo sobre os seus níveis de ansiedade, são facilmente aprendidas pelos pacientes e rapidamente aplicadas num consultório dentário (Hmud & Walsh, 2007).

Mas, este tipo de abordagem, tem como inconveniente o facto de serem processos morosos o que inviabiliza a sua utilidade na consulta Médico Dentária (Frias-Bulhosa, 1996).

### **5.2.2. Hipnose**

A hipnose é também sugerida como técnica psicoterapêutica, sendo considerada o método mais específico de relaxamento e que combina esta técnica com uma forma profunda de concentração. Contudo, tendo em conta a formação específica necessária e o tempo dispendido para a sua realização, só é considerada, muitas das vezes, em último recurso e em pacientes que apresentam sintomas psiquiátricos e com necessidades já referenciadas pelo Médico Psiquiatra ou até mesmo pelo Psicólogo (Oliveira, 2009).

### **5.3. Distração**

As técnicas de realidade virtual, que envolvem o uso de óculos de cor para experimentar as imagens tridimensionais geradas por computador durante o tratamento dentário, tem demonstrado que envolvem e relaxam os adultos, embora os resultados em crianças demonstrem ser menos positivos. Ao usar medidas de distração e outras redutoras de ansiedade, com experiências positivas repetidas, o nível de ansiedade do paciente deveria diminuir. Por exemplo Marks et al., concluíram que a exposição prolongada a palavras-chave de ansiedade não traumáticas ajuda nestas situações e diminuirá as suas respostas excessivas (Hmud & Walsh, 2007).

Paredes adornadas com posters, imagens, quadros, deveriam estar à disposição, assim como livros de diferentes categorias e revistas adaptadas a todos os tipos de pessoas e interesses, contribuindo para um ambiente mais descontraído (Frere et al., 2001).

O ambiente do consultório, por si só, possui elementos ansiogénicos (instrumental, cadeira, equipamentos, sons e odores), por isso a decoração, a presença de objetos para distração e ocupação do tempo de espera, ausência de barulhos, odores que disfarcem aqueles característicos cheiros de medicamentos, som ambiente, comportamento e apresentação do pessoal auxiliar, devem favorecer um estado de tranquilidade e bem-estar.

São vários os estudos que apontam benefícios na diminuição da ansiedade relativamente à musicoterapia. Sugerem que a música apresenta um efeito relaxante e consequentemente capaz de estimular psicologicamente o relaxamento (Oliveira, 2009).

A música, quando aplicada com técnica correta, representa uma importante ferramenta para promover distração e relaxamento no consultório dentário. O córtex auditivo apresenta relação com o sistema límbico, o qual controla o comportamento emocional e os impulsos motivacionais, sendo de grande importância uma escolha musical correta na procura de um efeito musicoterapêutico positivo (Gaudereto et al., 2008).

#### **5.4. Sedação**

As técnicas de sedação consciente tem demonstrado ser confiáveis e seguras para o tratamento da ansiedade dentária, mas os pacientes severamente ansiosos e não cooperativos podem ser tratados com anestesia geral (Hmud & Walsh, 2007).

Em pacientes com distúrbios mentais, que dependem da toma de antidepressivos, ansiolíticos e antipsicóticos, o tratamento da ansiedade dentária necessita de intervenção de psicólogos e psiquiatras, podendo o receio do tratamento ser acompanhado de alucinações e feedbacks, ou até de situações traumáticas anteriores. Em alguns casos, o tratamento dentário é impossível sem o uso de anestesia geral (Ferreira, 2007).

Agentes como o óxido nitroso e o oxigénio administrados por inalação são de uso comum. Quando corretamente indicada e aplicada esta técnica é segura, não oferecendo riscos para o paciente e não apresenta efeitos colaterais comuns aos ansiolíticos orais (Gaudereto et al., 2008).

Os ansiolíticos são medicamentos que tem como objetivo reduzir a ansiedade sendo a classe das benzodiazepinas a mais utilizada. Podem apresentar uma ampla gama de vias de administração (oral, rectal, intramuscular, intravenosa) mas a que tem um efeito mais seguro é a via oral (Gaudereto et al., 2008).

Os representantes das benzodiazepinas são: diazepam, lorazepam, alprazolam, midazolam, entre outros. O triazolam será um fármaco de escolha para a sedação oral em Medicina Dentária devido à sua rápida recuperação, importante para os procedimentos ambulatoriais (Gaudereto et al., 2008).

Estes fármacos usados na sedação devem ser administrados previamente ao tratamento e devem produzir rapidamente um estado relaxado por um período de tempo requerido e o seu efeito deverá passar rapidamente de modo que o paciente possa regressar ao seu estado normal.

Alguns anti-histamínicos, hidroxizina pela sua baixa toxicidade, também tem sido utilizados porque produzem uma leve depressão do SNC que provavelmente contribui para o seu efeito ansiolítico. Apresentam ainda atividades anticolinérgicas, anti-histamínicas e antieméticas, ações estas muitas vezes de grande utilidade no tratamento dentário. Em algumas situações específicas, a administração de barbitúricos (hidrato de cloral) como ansiolíticos pode ser indicada se o paciente não precisar de ficar alerta (Gaudereto et al., 2008).

No entanto, o uso de ansiolíticos no momento anterior ao tratamento pode constituir uma técnica com um menor efeito comparativamente ao uso de uma técnica de relaxamento (Litt et al., 1993), porque a farmacoterapia não permite a redução da ansiedade a longo prazo (Gatchel, 1989; Freeman, 1998), as técnicas de relaxamento são mais eficazes porque são medidas que tem resultados duradouros (de Jongh et al., 2005).

Quanto ao domínio do medo em Medicina Dentária, a parte medicamentosa é o único recurso que ainda é mais conhecido no meio académico, apesar de os registos mostrarem que as substâncias ansiolíticas não melhoram muito o quadro dos pacientes fóbicos, além do que, podem ter efeitos bastantes desagradáveis, como xerostomia e entre outros (Morais, 2003).

### **5.5. Terapia de grupo**

Pinto (*cit in* Moraes, 2003) utilizava um recurso natural para vencer as barreiras que o medo causava na relação entre ela e alguns dos seus pacientes, a aplicação de técnicas de terapia de grupo, utilizando-se aulas teórico-práticas, modelos de gesso, exames dentários simulados entre si, como forma de vencer o medo da maioria dos participantes do grupo. Os pacientes puderam verbalizar relatos de medo e ansiedade frente ao tratamento dentário e também traumas em consultas anteriores.

Na terapia grupal da ansiedade dentária, aplicada por Moore, verificou-se que indivíduos com grande stress dentário apresentavam melhor capacidade de resposta ao

stress e reduziram valores nos testes de ansiedade realizados, comparativamente àquelas que não havia realizado qualquer tipo de terapia grupal (Frias-Bulhosa, 1996).

Em suma e, segundo Moraes (2003), se o Médico Dentista concorrer para curar o medo dos procedimentos clínicos dos seus pacientes, a valorização da sua imagem social frente a estes vai ser fortalecida, solidificando a sua credibilidade profissional e a dos seus colegas além de aumentar a confiança entre profissional e paciente

### **5.6. Técnicas com factores de dor diminuída**

Em Medicina Dentária, existe uma forte relação entre ansiedade, medo e dor e os procedimentos dentários restaurativos, como a preparação da cavidade do dente, a pressão aplicada neste, as vibrações da broca, os ruídos, o calor e cheiros gerados, assim como o próprio tempo que demora o tratamento.

Nos nossos dias, os novos métodos restaurativos na Medicina Dentária tem diminuído os fatores de dor, em comparação com os instrumentos rotativos convencionais. Estão neste âmbito a Técnica Restaurativa Atraumática, a microabrasão, a remoção químico-mecânica de cáries e os laser infravermelhos que podem ser considerados como métodos alternativos para a preparação do dente e a remoção de cáries e ajudam, inevitavelmente, a diminuir ou eliminar a ansiedade dentária, contribuindo para a comodidade dos pacientes ansiosos, por, geralmente, não haver a necessidade de recorrer às anestésias locais.

## **6. IMPACTO DO MEDO E DA ANSIEDADE DENTÁRIA NA SAÚDE ORAL DOS PACIENTES**

Pelos vários estudos realizados nesta área, parece inegável que a situação de tratamento dentário é potencialmente ansiogénica e, consequentemente, prejudicial para a saúde oral do paciente.

Alguns desses estudos indicam a influência que o medo e a ansiedade dentária podem exercer no indivíduo e as consequências que lhe poderão trazer. Um comportamento baseado no medo e ansiedade dentária pode conduzir ao evitamento da consulta, quer por não marcação, quer por desmarcação ou falta, o que trará inevitáveis consequências na prevenção, seguimento e tratamento dentário, que se virá a refletir indubitavelmente na saúde oral, mas também no bem-estar psicológico, social e na qualidade de vida dos indivíduos, repercutindo-se novamente na ansiedade dentária.



**Figura 2- Ciclo vicioso da ansiedade dentária, proposto por Berggren & Meynert (1984) (*cit. in* Lopes 2009).**

Berggren & Meynert (*cit. in* Lopes, 2009) esquematizaram esta situação como um ciclo vicioso da ansiedade dentária (Figura 2) que motivou que outros autores se tivessem debruçado sobre a análise individualizada dos componentes deste ciclo.

Possobon et al. (2007) sintetiza este ciclo com o medo que faz com que o indivíduo se esquiva ao tratamento dentário que conduz ao agravamento da saúde oral, exigindo tratamentos mais complexos e invasivos, com mais potencial de dor, que por sua vez aumenta a ansiedade em relação à situação de tratamento e leva o indivíduo a esquivar-se mais intensamente, submetendo-se ao tratamento apenas quando a sintomatologia de dor se torna insuportável.

Rosa & Ferreira (1997) afirmaram existir uma associação entre medo e saúde oral deficiente. Isso pode ter sido decorrente da menor frequência de procura por tratamento

dentário pelos pacientes com medo. Normalmente, os pacientes ansiosos esperam longos períodos para marcar consulta e não raramente a cancelam.

Chaves et al. (2006) acrescentaram que a ansiedade dentária torna-se um problema para os pacientes que demandam tratamento dentário, pois estes, além de protelar ou evitar o tratamento, só o voltam a procurar este tipo de serviço apenas quando apresentam sinais e/ou sintomas clínicos graves (dor, edema, fístulas).

Segundo Ferreira et al. (*cit. in* Maniglia-Ferreira et al., 2004) a prevalência geral deste medo é da ordem dos 48% no Brasil e mesmo em países com sistemas de cuidados de saúde oral mais adiantados, um acentuado temor aos procedimentos dentários ocorre em mais de 20% dos adultos.

Armfield et al. (2007), concluíram que 1 em cada 3 pessoas que tem alto medo dentário ajusta-se ao perfil caracterizado pelo ciclo vicioso, em que adia a visita ao dentista, tem uma saúde oral pobre e apenas recorre a tratamentos dentários quando aparecem sintomas mais graves.

Constata-se, assim, que indivíduos globalmente mais ansiosos tem pior saúde oral que indivíduos menos ansiosos, com mais dentes perdidos, mais dentes cariados, mais dentes tratados endodonticamente e ter uma boca em mau estado geral.

Segundo Armfield et al. (2007) há uma maior tendência para a extração e uma menor tendência para a restauração em doentes ansiosos. Se o ciclo vicioso de medo, a não procura de tratamento dentário e más experiências anteriores de tratamento não forem quebradas a eventual consequência é a extração de todos os dentes.

Petry et al. (2006) referiram que, para além de uma saúde oral deficiente, os indivíduos medrosos e altamente ansiosos têm problemas psicológicos e uma redução na qualidade de vida.



Cohen et al. (*cit. in* Lopes, 2009) abordam os impactos da ansiedade dentária na vida dos indivíduos e concluíram que no seu dia-a-dia a sua ansiedade dentária representa um forte impacto na sua saúde oral, no sono, no seu trabalho e nas relações interpessoais. Assim, os impactos foram agrupados dentro das seguintes características:

**Impactos Fisiológicos** – induz uma ativação simpática que pode ocorrer com maior ou menor intensidade no dia ou na véspera da consulta, na sala de espera, ou no consultório.

**Impactos Cognitivos** – inclui sentimentos negativos, baixa auto estima, pensamentos negativos, crenças baseadas no sentimento de incapacidade, de fraqueza.

**Impactos Comportamentais** – modificação de comportamentos (diminuição do consumo de alimentos duros por diminuição da capacidade de mastigação, diminuição do consumo de alimentos frios por sensibilidade dentária, melhora a higiene oral para evitar tratamentos dentários, apesar de dor aguda recorre à auto-medicação para evitar a consulta e o consultório dentário).

**Impacto Social** – com impacto no trabalho (dor que pode incapacitar), aspeto físico (desdentado), alteração da fala por falta de dentes, vergonha e inferioridade.

**Impacto com a Saúde** – está relacionado com problemas de sono e perturbações do sono (insónias, pesadelos, antes da consulta).

Em conclusão, o medo, a ansiedade dentária ou fobia podem levar não somente a uma saúde oral deficiente e à perda dos dentes, mas também ao sentimento de vergonha e de inferioridade. A superação deste estado só pode ser conseguida com as consultas de rotina, que Bottan et al. (2007) asseveram que prevenindo ou minimizando a ocorrência de situações clínicas invasivas e dolorosas, pode-se reduzir a ansiedade ao tratamento dentário, favorecendo a quebra do ciclo: medo do tratamento dentário – fuga das consultas – baixa saúde oral, o que só pode ser conseguido quando se estabeleça uma importante relação empática entre paciente e Médico Dentista.

## 7. AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DENTÁRIA – ESCALAS DE MEDIÇÃO

Os pacientes no consultório dentário estão sujeitos a tensões emocionais que podem conduzir a um quadro específico de ansiedade dentária. Por isso, há uma necessidade de investigar a origem dos efeitos psicológicos negativos do medo e da ansiedade, de forma a esclarecer acerca das características dos pacientes que experimentam este tipo de alteração para melhorar a qualidade prestada no consultório dentário.

Segundo Lopes (2009), uma das grandes questões que se coloca na abordagem da ansiedade, enquanto problema médico-psicológico, é a sua mensuração e quantificação, de modo a permitir um diagnóstico correto e preciso. Gerou-se, e continua a gerar-se, controvérsia à volta desta questão. A diversidade das técnicas utilizadas para medir a ansiedade, por vezes, justifica-a, mas a principal dificuldade reside na própria complexidade do estudo, para além dos múltiplos conceitos utilizados para definir ansiedade.

É essencial avaliar o mais cedo possível a ansiedade dos pacientes de forma a obter um diagnóstico íntegro e exíguo (Oliveira, 2009).

Devido à grande diversidade de técnicas utilizadas para medir ansiedade, Ponciano (*cit in* Lopes, 2009), agrupou-as em seis grandes grupos como se pode observar na Tabela 1.

**Tabela 1- Técnicas utilizadas para medir ansiedade (Lopes, 2009).**

1.	<b>Subjetivas</b>	impressão clínica global baseada numa entrevista não estruturada;
2.	<b>Sistemáticas</b>	abordam a ansiedade nas mais variadas vertentes utilizando questionários;
3.	<b>Focais</b>	focam apenas um aspeto da ansiedade, utilizando instrumentos de medida como o “Fear Thermometer”;
4.	<b>Não-objetivas</b>	recorrendo a testes projetivos;
5.	<b>Semi-objetivas</b>	utilizando questionários em que os sinais e sintomas específicos são apresentados bem como as instruções para os quantificar;
6.	<b>Objetivas</b>	utilizando variáveis psicofisiológicas, como cardiovasculares, respiratórias, músculo-esqueléticas; resistência eletro-galvânica da pele.

As técnicas semi-objetivas têm sido amplamente desenvolvidas e exploradas devido à facilidade de aplicação e objetividade de medição, de quantificação de dados e comparação de medidas (Ferreira, 2007).

De acordo com Locker (1989) e Humphris & Ling (2000) os instrumentos de medida da ansiedade dentária podem ser divididos em três categorias: medidas de avaliação fisiológica, de avaliação comportamental e de auto-avaliação.

### 7.1. Tipo de Medidas de Avaliação da Ansiedade Dentária

As vantagens e desvantagens de cada medida da ansiedade dentária estão sumariadas na Tabela 2.

**Tabela 2- Vantagens e Desvantagens das diferentes medidas de avaliação da ansiedade dentária. Adaptado de Humphris & Ling (cit in Lopes, 2009).**

Tipo de medida de avaliação	Vantagens	Desvantagens
Fisiológica (ex.: resistência eletro-galvânica da pele; ritmo cardíaco)	Dados objetivos ("hard data") padronizados	Validade questionável; problemas de instrumentação; custo
Comportamental (ex.: comportamento geral; atos motores específicos)	Objetivo	Dificuldade em definir categorias de comportamento; validade questionável em adultos
Auto-avaliação (ex.: <i>Dental Anxiety Scale</i> ; <i>Dental Fear Survey</i> )	Dados de obtenção fácil; flexíveis; capacidade de medir diversos aspetos da ansiedade	Base teórica subjacente à construção de alguns instrumentos; dificuldades na medição durante o tratamento em si

#### 7.1.1. Medidas de Avaliação Fisiológica

As medidas de avaliação fisiológica fornecem-nos dados objetivos através da monitorização de parâmetros fisiológicos (Lopes, 2009). Alguns dos parâmetros fisiológicos avaliados no estudo da ansiedade dentária encontram-se na Tabela 3.

As principais desvantagens destes instrumentos de medida são os custos, a complexidade de manuseamento e as dificuldades de registo dos dados que lhe são inerentes (Lopes, 2009).

**Tabela 3- Parâmetros fisiológicos utilizados em estudos de ansiedade dentária (Lopes 2009).**

Parâmetros fisiológicos		
• atividade cardíaca;	• resistência eletro-galvânica da pele;	• atividade eletromiográfica;
• ritmo cardíaco;	• potencial cutâneo;	• concentração plasmática de adrenalina e noradrenalina pré, peri e pós cirurgia oral;
• tensão arterial;	• temperatura cutânea;	• concentração salivar de cortisol;
• frequência respiratória;	• fluxo sanguíneo cutâneo;	
• saturação sanguínea de O <sub>2</sub> ;		

Outros problemas que podem surgir têm a ver com as pessoas poderem ser influenciadas pelo facto de estarem a ser monitorizadas (tenta-se contornar esta questão efetuando medições em situação de relaxamento), mas ainda a própria monitorização pode ser indutora de stress, porque as alterações detetadas pelos instrumentos podem ser causadas por alterações emocionais (hostilidade, aversão ao uso de eletrodos, vergonha ou embaraço por parte dos sujeitos) (Lopes, 2009).

### 7.1.2. Medidas de Avaliação Comportamental

As medidas de avaliação comportamental são utilizadas com maior frequência em crianças, tentando avaliar a resposta das crianças aos tratamentos dentários. O princípio que está subjacente a esta abordagem é porque as crianças demonstram a sua ansiedade, pelo que o comportamento não cooperante é um indicador válido de uma ativação emocional negativa (Lopes, 2009).

Milgrom et al. (1995) afirmam que os adultos, em geral, são mais conscientes da aceitação social e perante a adoção de comportamentos negativos refugiam-se e sofrem em silêncio. Dos comportamentos considerados como indicadores de ansiedade temos por exemplo: o choro, a postura rígida, movimentos grosseiros do corpo e o afastar dos instrumentos dentários. Alguns pacientes muito ansiosos frequentam as consultas com regularidade e são capazes de controlar as suas emoções e comportamentos de forma a parecerem relaxados e cooperantes.

Apesar destas escalas serem aparentemente atrativas, não são facilmente aplicadas à situação de consultório dentário. É frequente existirem diferenças entre observadores, no reconhecimento e registo de comportamentos negativos. Algumas crianças apresentam uma mistura de comportamentos positivos e negativos durante o tratamento sendo difícil classificá-las de acordo com escalas. Uma questão que também pode limitar o uso deste método de avaliação na prática clínica é a ausência de uma relação restrita e explícita entre comportamentos aversivos e outras medidas de ansiedade (Lopes, 2009).

Para Milgrom, Weinstein & Getz (*cit in* Lopes, 2009), a observação de doentes adultos, quer antes, quer depois das consultas, sugere que as diferenças entre comportamento de ansiosos e não ansiosos se resumem à sala de espera. Segundo Kleinknecht & Bernstein (*cit in* Lopes, 2009) uma vez dentro do consultório, muitas vezes não existem diferenças entre os grupos.

Em adultos deve haver sérias reservas na avaliação da ansiedade através do comportamento, já que o significado deste comportamento pode ser radicalmente diferente do assumido pelo observador (Lopes, 2009).

### **7.1.3. Medidas de Auto-Avaliação**

As medidas de auto-avaliação baseiam-se na aplicação de entrevistas ou questionários e seduzem pelo facto dos dados poderem ser colhidos e analisados de forma relativamente rápida. A sua grande flexibilidade que, com uma criteriosa formulação dos itens e da pontuação, permite que diferentes aspetos da ansiedade dentária possam ser avaliados. Por questões de facilidade de aplicação, de objetividade de medição, de quantificação de dados e de comparabilidade das medidas os questionários psicométricos da ansiedade dentária têm sido amplamente estudados e desenvolvidos (Lopes, 2009). A Tabela 4 fornece uma listagem de algumas das medidas de ansiedade dentária presentes na literatura.

**Tabela 4- Medidas de auto-avaliação da Ansiedade Dentária (Lopes, 2009).**

Escalas para Adultos	Escalas para Crianças e Adolescentes	Escalas Gerais
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dental Anxiety Scale (DAS) (Corah, 1969)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Children's Fear Survey Schedule (Cuthbert &amp; Melamed, 1982)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>State-Trait Anxiety Inventory (Forma Y) (STAI) (Spielberger et al., 1983)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) (Humphris et al., 1995)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Venham Picture Test (VPT) (Venham, Gaulin-Kremer, Munster, Bengston-Audia, &amp; Cohan, 1980)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geer Fear Scale (GFS)/Fear Survey Schedule II (FSS-II) (Geer, 1965)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dental Fear Survey (DFS) (Kleinknecht et al., 1973)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inventaire cognitive de la peur des traitements dentaires pour adolescent (e)s/Adolescent's Fear of Dental Treatment Cognitive Inventory (Gauthier, Ricard, Morin, Dufour, &amp; Brodeur, 1991)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weiner Fear Questionnaire (Weiner &amp; Sheehan, 1990)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Item de Seattle (Milgrom et al., 1988)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Modified Child Dental Anxiety Scale (MCDAS) (Wong, Humphris, &amp; Lee, 1998)</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dental Anxiety Inventory (DAI) (Stouthard et al., 1993)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Dental Cognitions Questionnaire (DCQ) (de Jongh, Muris, Schoenmakers, &amp; ter Horst, 1995)</li> </ul>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Gatchel's 10-Point Fear Scale (Gatchel, 1989)</li> </ul>		

## **8. MATERIAL E MÉTODOS**

Tendo em conta a finalidade da investigação a realizar, recorreu-se à consulta de material bibliográfico, utilizando os motores de pesquisa PubMed, Elsevier, Scielo, Medcenter, Science Direct, Lilacs e Google Académico bem como a consulta de livros que fundamentam teoricamente o medo e a ansiedade dentária, apresentando abordagens e considerações sobre a questão em estudo. As palavras-chave utilizadas foram “anxiety”, “dental anxiety”, “dental fear”, “dental phobia”, “ansiedad dental”, “miedo al dentista”, “ansiedade dentária”, “fobia dentária” e “medo dentário” e ainda as combinações “medo e ansiedade dentária”, “fear and dental anxiety” e “miedo y ansiedad dental”. De entre os 215 artigos identificados, foram selecionados 85 para o presente estudo.

### **8.1. Tipo de estudo**

O estudo realizado enquadra-se no tipo de estudo transversal ou de prevalência. Este tipo de estudo é usado em saúde pública para avaliar e planear programas de controlo de doenças, permite medir a prevalência da doença, os dados são colhidos num determinado momento de tempo, especificamente para a obtenção de informações desejadas de grandes populações, predominantemente observacional a analítico, registando e analisando comportamentos e características que constituem fatores que predispoem os indivíduos para o medo e a ansiedade dentária.

Os dados da pesquisa tiveram com finalidade exclusiva o seu tratamento científico, sendo assegurado total sigilo e a inexistência de risco para o paciente.

### **8.2. Amostra**

Este estudo refere-se a uma amostra de 150 pacientes, com faixa etária dos 15 aos 77 anos e de ambos os géneros (73,3% mulheres, 26,7% homens), pacientes das clínicas de Fisioterapia, Terapia da Fala e Psicologia da FCS-UEP.

### **8.2.1. Critérios de Inclusão e de Exclusão**

Os inquiridos eram pacientes das Clínicas de Fisioterapia, Terapia da Fala e Psicologia da FCS-UFP que se encontravam na sala de espera, antes da sua consulta, com idade igual ou superior a 15 anos, que sabiam ler e escrever e que se disponibilizaram para responder ao inquérito apresentado. Os dados foram recolhidos no período de Fevereiro a Junho de 2012.

Foram excluídos os pacientes que tinham idade inferior a 15 anos, que não sabiam ler e escrever, que estando na sala de espera não tinham consulta marcada, indivíduos que não eram utentes das clínicas, e/ou que não se disponibilizaram para responder.

### **8.3. Instrumentos**

Como instrumento de trabalho foi utilizado um questionário (anexo I), elaborado a partir de revisão da literatura sobre a temática, tendo sido aplicado entre os meses de Fevereiro a Junho de 2012.

Os inquéritos foram entregues e recolhidos direta e pessoalmente pela autora deste trabalho para evitar riscos de erro ou viés.

### **8.4. Dados individuais do Paciente**

Nesta parte do questionário, pretendia-se recolher o género, idade, nível de escolaridade e profissão do paciente inquirido.

### **8.5. Comportamento individual face ao tratamento dentário**

Os inquiridos forneciam informações sobre a frequência com que vão à consulta de Medicina Dentária, frequência com que faltam às consultas devido ao medo, se já tiveram alguma experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária, se já tiveram conhecimento de algum acidente grave num consultório de Medicina Dentária,



se esses relatos influenciaram o seu comportamento nas consultas de Medicina Dentária e se os seus familiares, amigos e pessoas com quem convive têm medo de ir ao Médico Dentista, assinalando a sua opção no respetivo questionário.

## **8.6. Medo e Ansiedade Dentária – Descrição das escalas utilizadas para a avaliação dos inquiridos**

### **8.6.1. Escala de MDAS (versão portuguesa)**

O MDAS de Humphris (1995) pretende ser uma evolução do DAS no sentido de corrigir algumas das críticas apontadas a este instrumento. Introduz, por um lado, um quinto item referente à aplicação de anestesia local injetável, já que o questionário original não incluía referência a este estímulo potencialmente ansiógeno. Esta alteração, além de expandir a definição operacional de ansiedade dentária, também aumenta a escala, que passa a variar de 5 a 25, tentando aumentar a sua capacidade discriminativa. Outra alteração é a modificação no formato das respostas, que foi uniformizado para todos os cinco itens, numa escala de cinco pontos que varia entre o 1 “nada ansioso” e o 5 “extremamente ansioso”, passando a medir o constructo ansiedade dentária de uma forma ordinal e unidimensional (Lopes, 2009).

**Administração e pontuação:** O MDAS demora cerca de 1 minuto para ser preenchido. A pontuação total é calculada através da soma das pontuações de todos os itens, pontuáveis entre 1 e 5. Os itens podem também ser analisados de forma a detetar o medo induzido por cada estímulo individualmente. A escala final é pontuada de 5 (sem ansiedade) a 25 (alta ansiedade/extrema ansiedade). O nível de mensuração é ordinal, embora os dados sejam geralmente tratados como se fossem de nível intervalar, sendo que pontuações iguais ou superior a 19 segundo Humphris et al. (1995) são consideradas indicativas de níveis de ansiedade fóbicos. Outros autores têm considerado que sujeitos com pontuações maiores que 15 e inferiores a 19 deverão ser considerados ansiosos (Lopes, 2009).

### 8.6.2. Escala de DFS (versão portuguesa)

O DFS é um instrumento de auto-avaliação, tendo sido publicado originalmente numa forma de 27 itens, que foi subsequentemente reduzida para 20. É um questionário em que é pedido aos respondentes que avaliem 20 situações distintas relacionadas com a consulta de Medicina Dentária: os itens 1 e 2 focam o evitamento da consulta; os itens 3 a 7 dizem respeito a sinais auto-percecionados de ativação fisiológica durante a consulta; os itens 8 a 19 medem o medo, ansiedade ou desconforto relacionados com estímulos e procedimentos específicos e o item 20 fornece uma classificação global do medo da consulta dentária. Os itens 1 a 7 são pontuados segundo uma escala de 5 pontos que varia entre 1 (nunca) e 5 (quase sempre). Os itens 8 a 20 são pontuados segundo uma escala de 5 pontos que varia entre 1 (nenhum medo) e 5 (muito medo) (Lopes, 2009).

**Administração e pontuação:** O DFS demora cerca de 2 a 5 minutos para ser preenchido. A pontuação total é calculada através da soma das pontuações de todos os itens, podendo variar entre 20 (ansiedade baixa) a 100 (ansiedade alta). Os itens podem também ser analisados de forma a detetar o medo induzido por cada estímulo individualmente (Lopes, 2009).

Não há estudos de aferição publicados com pontos de corte para o DFS, embora alguns autores considerem que uma pontuação do  $DFS \geq 60$  é representativa de ansiedade dentária elevada e  $DFS < 60$  representa ansiedade moderada (Lopes, 2009).

## 9. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os resultados obtidos, a partir da aplicação do questionário, foram transcritos para o programa *Microsoft Office Excel* (2010), e depois foram tratados estatisticamente (estatística descritiva e inferencial) através da versão 20.0 do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM© SPSS© Statistics), considerando um nível de significância de 0,05.

Para ambas as escalas foi calculado o coeficiente alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach para avaliar a consistência interna/fidelidade. A validade de constructo para a escala DFS foi observada através da análise dos componentes principais, com rotação Promax, seguindo o método Kaiser e com máxima verosimilhança e para a escala MDAS a análise foi efetuada segundo a rotação Varimax.

Após categorização das escalas MDAS e DFS, a prevalência de cada estado foi reportado como percentagem e respetivo intervalo de confiança a 95%, calculado através do método exato. A associação entre variáveis qualitativas foi testada através do teste de qui-quadrado de independência, enquanto a associação entre variáveis de escala MDAS e DFS foi testada através do coeficiente de correlação de Spearman ( $r_s$ ). A comparação de valores de tendência central das escalas MDAS e DFS por variáveis categóricas com 2 categorias foi realizada através do teste de Mann-Whitney, e quando as variáveis apresentavam 3 ou mais categorias esse processo foi realizado utilizando o teste de Kruskal-Wallis, seguido de testes de Mann-Whitney quando detetadas diferenças significativas no MDAS e DFS em pelo menos uma das 3 ou mais categorias dessas variáveis.

As prevalências de estados de ansiedade obtidas neste estudo foram comparadas com as de outros estudos utilizando o teste de qui-quadrado de ajustamento.

## 10. RESULTADOS

Este trabalho apresenta os resultados de um estudo que teve como objetivo avaliar o medo e a ansiedade dentária de pacientes das clínicas de Fisioterapia, Terapia da Fala e Psicologia da FCS-UFP, que não se encontravam num ambiente de sala de espera para consulta de Medicina Dentária.

### 10.1. Caracterização da amostra

De entre os 150 inquiridos, 110 (73,3%) são do género feminino e 40 (26,7%) do género masculino (Tabela 5). Os inquiridos apresentam, em média, 40,9 anos, metade apresentava até 41 anos e os restantes inquiridos tinham 41 anos ou mais. A idade dos inquiridos variou entre 15 e 77 anos.

**Tabela 5- Caracterização dos inquiridos relativamente à idade e género.**

Variável	Categoria	n (%)	Média ( $\pm$ DP)	Mediana (Q1-Q3)	Min-Max	p
Idade (anos)		150 (100)	40,9 ( $\pm$ 14,7)	41 (27-51,25)	15-77	-
Género	Feminino	110 (73,3)	38,9 ( $\pm$ 14)	39,5 (25-49,25)	15-76	<b>0,019</b>
	Masculino	40 (26,7)	46,2 ( $\pm$ 15,4)	46 (35,25-54,75)	19-77	

Nos inquiridos do género feminino a média da idade foi de 38,9 anos, variando entre o mínimo de 15 anos e o máximo de 76 anos. No género masculino, a média da idade foi de 46,2 anos, sendo a idade mínima de 19 anos e a idade máxima de 77 anos (Tabela 5). Verificaram-se diferenças significativas para a idade por género (T. Mann-Whitney;  $p=0,019$ ), sendo que o género masculino é significativamente mais idoso que o género feminino.

Observou-se que a maioria dos indivíduos, 68 (45,3%) tinha idades compreendidas entre os 15 e os 39 anos e entre os 40 e os 59 anos em igual número (Tabela 6).

O ensino Secundário corresponde ao nível de escolaridade mais frequente, com 36,7% ( $n=55$ ) dos inquiridos (Tabela 6). O ensino até ao 9º ano e o ensino Superior também

tem elevada percentagem, correspondendo a 30% (n=45) e 33,3% (n=50), respetivamente.

**Tabela 6- Distribuição da frequência dos inquiridos por faixa etária e nível de escolaridade.**

		Frequência	%
Idade	15-39	68	45,3
	40-59	68	45,3
	>= 60	14	9,3
Nível de escolaridade <sup>1</sup>	até ao 9º ano	45	30
	Secundário	55	36,7
	Ensino Superior	50	33,3
Total		150	100

<sup>1</sup> - variável recodificada em 3 categorias.

## 10.2. Escala de MDAS e DFS

### 10.2.1. MDAS

#### 10.2.1.1. Consistência interna

A análise da consistência interna da MDAS foi realizada utilizando o coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, medida de intercorrelação entre os itens que constituem a escala e a correlação item-restante. Obteve-se um valor de 0,942 de  $\alpha$  de Cronbach para a MDAS neste estudo e as correlações item-restante variaram entre os valores mínimo e máximo de, respetivamente 0,926 e 0,956, o que nos indica estarmos na presença de uma escala com muito boa consistência interna. Por outro lado, verificou-se que o valor de  $\alpha$  não melhorava retirando qualquer uma das 5 questões (itens) que constituem a escala.

Relativamente à correlação entre os 5 itens da escala, os valores obtidos variaram entre 0,705 e 0,839.

## 10.2.2. DFS

### 10.2.2.1. Validade da escala

A validade da escala foi observada através da análise dos componentes principais, com rotação Promax, seguindo o método de normalização de Kaiser. O método de extração utilizado foi o de máxima verossimilhança.

**Tabela 7- Análise de Componentes Principais da DFS e consistência interna de cada factor.**

Item	DFS	Factor		
		1	2	3
1	O medo de ser submetido a tratamento dentário já fez com que adiasse o ato de marcar a consulta?	-0,017	<b>0,777</b>	0,063
2	O medo de ser submetido a tratamento dentário já fez com que desmarcasse ou faltasse a alguma consulta?	-0,107	<b>0,730</b>	0,091
3	Os meus músculos ficam tensos...	<b>0,597</b>	0,375	-0,097
4	A minha respiração acelera...	<b>0,520</b>	0,490	-0,114
5	Sinto-me suado...	<b>0,610</b>	0,470	-0,208
6	Sinto-me como se tivesse “borboletas” no estômago...	<b>0,622</b>	0,372	-0,073
7	O meu coração bate mais depressa...	<b>0,521</b>	0,466	-0,046
8	Marcar uma consulta para o dentista...	-0,102	<b>0,856</b>	0,107
9	Aproximar-se do consultório dentário...	0,090	<b>0,689</b>	0,112
10	Estar sentado na sala de espera...	0,311	<b>0,518</b>	0,157
11	Estar sentado na cadeira do dentista...	<b>0,491</b>	0,405	0,121
12	O cheiro do consultório dentário...	0,197	<b>0,515</b>	0,135
13	Ver dentista a entrar...	0,056	<b>0,577</b>	0,333
14	Ver a agulha da anestesia...	0,080	0,163	<b>0,796</b>
15	Sentir a injetar a agulha...	0,130	0,144	<b>0,743</b>
16	Ver a broca...	<b>0,763</b>	-0,060	0,297
17	Ouvir a broca...	<b>0,984</b>	-0,204	0,188
18	Sentir as vibrações da broca...	<b>1,011</b>	-0,233	0,190
19	Fazer uma limpeza aos dentes...	<b>0,587</b>	0,265	0,074
20	Considerando todos estes pontos, qual é o grau de medo que tem de que lhe executem tratamentos dentários?	<b>0,687</b>	0,253	0,036
Valores próprios		14,549	1,117	0,812
Variância explicada		72,747	5,585	4,059
Alfa de Cronbach		0,980 (IC 95%: 0,974 – 0,984)		

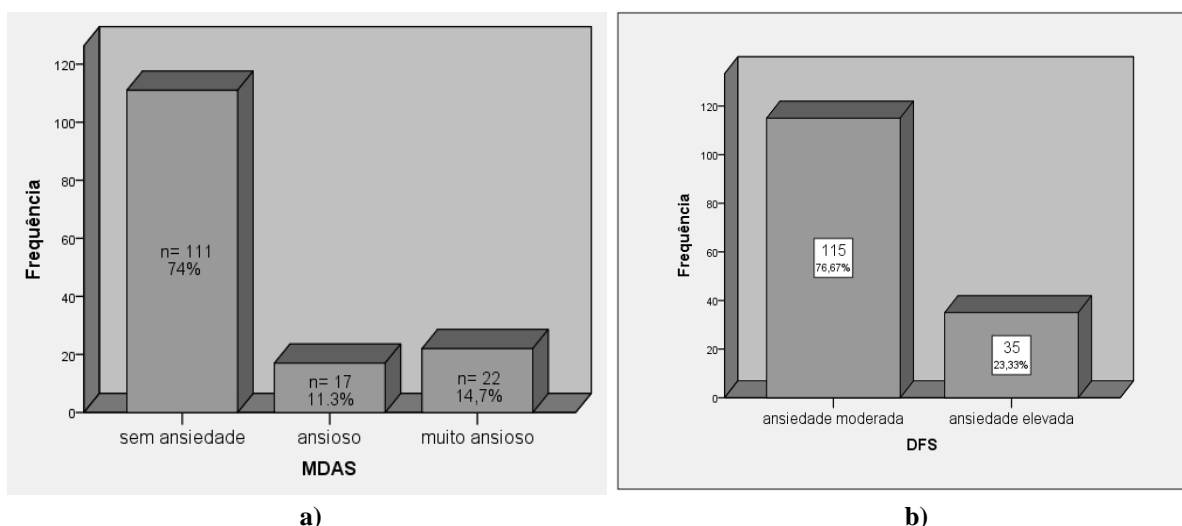
Procedeu-se a uma análise de componentes principais cujos resultados constam na Tabela 7. Desta análise, obtiveram-se três fatores que explicam uma variância total de 82,391%.

### 10.2.2.2. Consistência interna

Para a escala DFS foi obtido um valor de  $\alpha$  de Cronbach de 0,980. As correlações item-restante variaram entre 0,974 e 0,984, o que nos indica estarmos na presença de uma escala com muito boa consistência interna. Por outro lado, verificou-se que o valor de  $\alpha$  não melhorava retirando qualquer uma das 20 questões.

### 10.3. Resultados MDAS e DFS

Da aplicação da Escala de MDAS aos inquiridos pode verificar-se que a prevalência de pacientes “sem ansiedade” é 74% (IC 95%: 66,2%-80,8%), “ansiosos” é de 11,3% (IC 95%: 6,7%-17,5%) e “muito ansiosos” é de 14,7% (IC 95%: 9,4%-21,4%) (Figura 3a).



**Figura 3– Distribuição de frequência dos inquiridos segundo graus de ansiedade, pela escala de ansiedade a) MDAS, e b) DFS.**

Relativamente à aplicação da escala de DFS pode-se verificar que a prevalência de pacientes “moderadamente ansiosos” é 76,7% (IC 95%: 69,1%-83,2%) e com “ansiedade elevada” é 23,3% (IC 95%: 16,8%-30,9%) (Figura 3b).

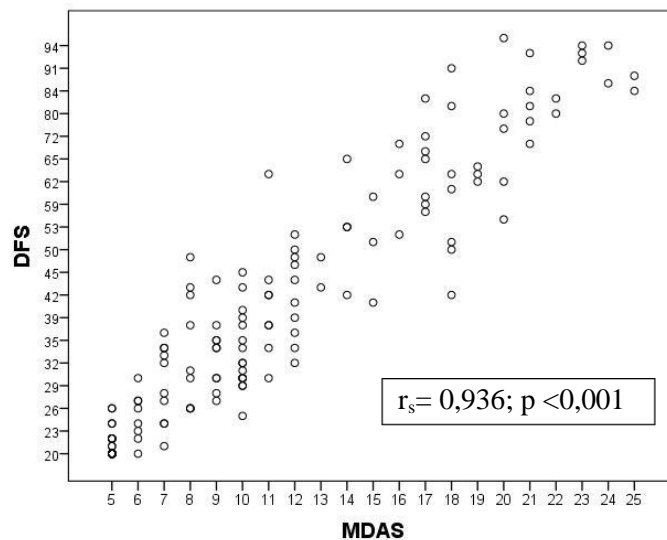
Genericamente, a DFS parece mostrar um nível de ansiedade ligeiramente superior ao identificado pela MDAS. Assim, os indivíduos considerados “moderadamente ansiosos” (76,7%) segundo a DFS são considerados “sem ansiedade” (72,0%), “ansiosos” (4%) e “muito ansiosos” (0,7%) pela MDAS. Os indivíduos classificados com “ansiedade

elevada” (23,3%) segundo a DFS são considerados “sem ansiedade” (2%), “ansiosos” (7,3%) e “muito ansiosos” (14%) pela MDAS (Tabela 8). As categorias de cada uma das escalas estão significativamente associadas (T. Qui-quadrado,  $p < 0,001$ ).

**Tabela 8- Correspondência entre as classificações atribuídas pela Escala MDAS e DFS.**

		DFS				Total	
		Moderadamente ansioso		Ansiedade elevada			
		N	%	n	%	N	%
MDAS	Sem ansiedade	108	72,0	3	2,0	111	74
	Ansioso	6	4,0	11	7,3	17	11,3
	Muito ansioso	1	0,7	21	14,0	22	14,7
Total		115	76,7	35	23,3	150	100

Observa-se uma relação significativa muito boa e positiva entre o resultado da Escala MDAS e o da Escala DFS (Figura 4), medida através do coeficiente de correlação de Spearman ( $r_s$ ), com o valor de 0,936 ( $p < 0,001$ ). Quer com as escalas classificadas quer na versão não classificada é possível observar que valores mais elevados de uma escala estão associados a valores mais elevados na outra escala.



**Figura 4– Diagrama de dispersão da variação da Escala MDAS com a Escala DFS.**



#### 10.4. MDAS vs Género vs Nível de escolaridade vs Idade

A Tabela 9 permite visualizar a distribuição das pontuações da escala obtidas pelos inquiridos. A média das pontuações obtidas é de 11,3 pontos, registando-se um mínimo de 5 pontos e um máximo de 25.

**Tabela 9- Resultados da Escala MDAS, subdivididos por género, nível de escolaridade e idade (anos).**

Variável	Categoria	n (%)	Média ( $\pm$ DP)	Mediana (Q1-Q3)	Min-Max	p
<b>Todos</b>		150 (100)	11,3 ( $\pm$ 5,7)	10 (6 - 16)	5 – 25	-
<b>Género</b>	<b>Feminino</b>	110 (73,3)	12 ( $\pm$ 5,8)	10 <sup>a</sup> (7 - 17)	5 – 25	<b>0,010*</b>
	<b>Masculino</b>	40 (26,7)	9,5 ( $\pm$ 5,1)	7,5 <sup>b</sup> (5 - 12)	5 – 23	
<b>Nível de escolaridade</b>	<b>até ao 9º ano</b>	45 (30)	11,6 ( $\pm$ 6,3)	9 (6 - 18)	5 – 25	<b>0,444**</b>
	<b>Secundário</b>	55 (36,7)	11,9 ( $\pm$ 5,8)	11 (7 - 17)	5 – 25	
	<b>Ensino Superior</b>	50 (33,3)	10,4 ( $\pm$ 5,1)	9,5 (6 - 14,25)	5 – 24	
<b>Idade (anos)</b>	<b>15-39</b>	68 (45,3)	11,8 ( $\pm$ 5,5)	10 (7,25 - 16)	5 – 25	<b>0,407**</b>
	<b>40-59</b>	68 (45,3)	11 ( $\pm$ 5,9)	9,5 (5 - 15,75)	5 – 24	
	<b><math>\geq 60</math></b>	14 (9,3)	10,5 ( $\pm$ 6)	8 (5 - 18)	5 – 21	

\* Teste de Mann-Whitney; \*\* Teste de Kruskal-Wallis; <sup>a</sup>, <sup>b</sup> - valores de medianas significativamente diferentes, de acordo com o teste de Mann-Whitney

É possível afirmar que existe uma diferença significativa da classificação MDAS por género (T. Mann-Whitney,  $p=0,010$ ), com o género feminino a apresentar ansiedade significativamente mais elevada.

Não há diferença significativa da escala de MDAS com o nível de escolaridade (T. Kruskal-Wallis,  $p=0,444$ ) e com a faixa etária (T. Kruskal-Wallis,  $p=0,407$ ).

#### 10.5. DFS vs Género vs Nível de escolaridade vs Idade

A Tabela 10 permite visualizar a distribuição das pontuações da escala obtidas pelos inquiridos. A média das pontuações obtidas é de 42,5 pontos, registando-se um mínimo de 20 pontos e um máximo de 95.

Há uma diferença significativa entre os níveis de ansiedade da Escala de DFS com o género (T. Mann-Whitney,  $p=0,014$ ). O género feminino apresenta ansiedade significativamente mais elevada que o género masculino.

**Tabela 10- Resultados da Escala DFS, subdivididos por género, nível de escolaridade e idade (anos).**

Variável	Categoria	n (%)	Média ( $\pm$ DP)	Mediana (Q1-Q3)	Min-Max	p
<b>Todos</b>		150 (100)	42,5 ( $\pm$ 21,5)	35 (25,75 - 54,25)	20 - 95	-
<b>Género</b>	<b>Feminino</b>	110 (73,3)	44,9 ( $\pm$ 22,2)	38 <sup>a</sup> (27,75 - 61,25)	20 - 95	<b>0,014*</b>
	<b>Masculino</b>	40 (26,7)	36,1 ( $\pm$ 18,4)	28,5 <sup>b</sup> (21 - 49,75)	20 - 93	
<b>Nível de escolaridade</b>	<b>até ao 9º ano</b>	45 (30)	45,4 ( $\pm$ 24,8)	38 (25 - 58,5)	20 - 95	<b>0,456**</b>
	<b>Secundário</b>	55 (36,7)	43,3 ( $\pm$ 21,2)	38 (26 - 59)	20 - 94	
	<b>Ensino Superior</b>	50 (33,3)	39,1 ( $\pm$ 18,6)	33 (24,75 - 50,5)	20 - 85	
<b>Idade (anos)</b>	<b>15-39</b>	68 (45,3)	42,6 ( $\pm$ 19,9)	38 (28 - 52)	20 - 94	<b>0,580**</b>
	<b>40-59</b>	68 (45,3)	43,2 ( $\pm$ 23,1)	35,5 (23,25 - 59,75)	20 - 95	
	<b><math>\geq 60</math></b>	14 (9,3)	39 ( $\pm$ 22,9)	32 (20 - 54,25)	20 - 91	

\* Teste de Mann-Whitney; \*\* Teste de Kruskal-Wallis; <sup>a, b</sup> - valores de medianas significativamente diferentes, de acordo com o teste de Mann-Whitney.

Não há diferenças significativas da escala DFS com o nível de escolaridade (T. Kruskal-Wallis,  $p=0,456$ ) e com a idade (T. Kruskal-Wallis,  $p=0,580$ ).

## 10.6. Frequência de respostas à Escala DFS

**Tabela 11- Distribuição da frequência de respostas relativamente a adiar e desmarcar ou faltar às consultas**

	Adiar consulta		Desmarcar/Faltar consulta	
	n	%	n	%
<b>Nunca</b>	<b>100</b>	<b>66,7</b>	<b>115</b>	<b>76,7</b>
<b>Uma ou duas vezes</b>	19	12,7	14	9,3
<b>Algumas vezes</b>	14	9,3	9	6
<b>Frequentemente</b>	10	6,7	8	5,3
<b>Quase sempre</b>	7	4,7	4	2,7

Dos dados coligidos, é possível apurar que 66,7% dos inquiridos assumiram “nunca” terem adiado e 76,7% “nunca” desmarcado ou faltado a uma consulta pelo fator “medo”. Contudo, é importante salientar que 33,4% admite já ter adiado, independentemente da frequência com que o faz. A percentagem que “nunca” desmarcou ou faltou, é superior à dos pacientes que admite já alguma vez terem

desmarcado ou faltado à consulta por motivo “medo” (23,3%), independentemente da frequência de adiamento (Tabela 11).

As respostas de ativação fisiológica durante o tratamento dentário mostram que os inquiridos assumem “nunca” ter aumento da “tensão muscular”, do “ritmo respiratório”, da “sudação”, do “enjoo” e do “ritmo cardíaco” em 32,7%, 36%, 54%, 47,3% e 38,7%, respetivamente (Tabela 12).

**Tabela 12- Distribuição da frequência de respostas de alterações fisiológicas ativadas durante o tratamento.**

	Tensão		Respiração		Sudação		Enjoo		Cardíaco	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Nunca</b>	<b>49</b>	<b>32,7</b>	<b>54</b>	<b>36,0</b>	<b>81</b>	<b>54,0</b>	<b>71</b>	<b>47,3</b>	<b>58</b>	<b>38,7</b>
<b>Uma ou duas vezes</b>	28	18,7	28	18,7	21	14,0	28	18,7	30	20,0
<b>Algumas vezes</b>	41	27,3	35	23,3	23	15,3	26	17,3	31	20,7
<b>Frequentemente</b>	14	9,3	14	9,3	10	6,7	14	9,3	11	7,3
<b>Quase sempre</b>	18	12,0	19	12,7	15	10,0	11	7,3	20	13,3

Contudo, é importante salientar que 67,3%, 64%, 46%, 52,6% e 61,3% admite já ter tido aumento da “tensão muscular”, do “ritmo respiratório”, da “sudação”, do “enjoo” e do “ritmo cardíaco”, independentemente da frequência com que ocorreu, respetivamente.

**Tabela 13- Distribuição da frequência de respostas da ansiedade antecipatória mediante diversos acontecimentos.**

	Marcar consulta		Aproximar consultório		Sala espera		Cadeira dentista		Cheiro consultório		Ver dentista	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Nenhum</b>	<b>97</b>	<b>64,7</b>	<b>90</b>	<b>60,0</b>	<b>73</b>	<b>48,7</b>	<b>57</b>	<b>38</b>	<b>82</b>	<b>54,7</b>	<b>94</b>	<b>62,7</b>
<b>Um pouco</b>	31	20,7	33	22	42	28	39	26	30	20	28	18,7
<b>Algum</b>	15	10	12	8	17	11,3	24	16	16	10,7	13	8,7
<b>Bastante</b>	7	4,7	14	9,3	16	10,7	12	8	14	9,3	11	7,3
<b>Muito</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	1	0,7	2	1,3	18	12	8	5,3	4	2,7

Da análise da tabela verifica-se que “marcar consulta” (n=97), “aproximar-se do consultório” (n=90), “sala espera” (n=73), “cadeira dentista” (n=57), “cheiro consultório” (n=82) e “ver dentista” (n=94), são acontecimentos que não provocam

“nenhum” medo aos pacientes. De salientar que nenhum dos inquiridos tem “muito” medo de marcar consulta (Tabela 13).

Mas é importante referir que 35,4%, 40%, 51,3%, 62%, 45,3% e 37,4% admite já ter tido medo ao “marcar consulta”, “aproximar do consultório”, na “sala espera”, na “cadeira do dentista”, “cheiro do consultório” e “ver dentista”, independentemente da frequência com que ocorreu, respetivamente.

**Tabela 14- Distribuição da frequência para o medo sentido com diversos estímulos.**

	Ver agulha		Sentir agulha		Ver broca		Ouvir broca		Sentir broca		Fazer limpeza		Medo global	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Nenhum</b>	<b>46</b>	<b>30,7</b>	39	26,0	<b>58</b>	<b>38,7</b>	<b>48</b>	<b>32,0</b>	41	27,3	<b>70</b>	<b>46,7</b>	<b>50</b>	<b>33,3</b>
<b>Um pouco</b>	42	28,0	<b>44</b>	<b>29,3</b>	35	23,3	43	28,7	<b>47</b>	<b>31,3</b>	34	22,7	48	32,0
<b>Algum</b>	26	17,3	27	16,0	23	15,3	18	12,0	20	13,3	19	12,7	21	14,0
<b>Bastante</b>	20	13,3	20	13,3	16	10,7	17	11,3	17	11,3	14	9,3	15	10,0
<b>Muito</b>	16	10,7	20	13,3	18	12,0	24	16,0	25	16,7	13	8,7	16	10,7

Confrontados com estímulos individualizados relativos a procedimentos dentários, a maioria dos pacientes manifestam sentirem-se sem medo. Da análise da Tabela 14 verifica-se que “ver agulha” (n=46), “ver broca” (n=58), “ouvir broca” (n=48), “fazer limpeza” (n=70) e “medo global” (n=50), são estímulos que deixam os pacientes com “nenhum” medo. Porém perante “sentir agulha” (n=44) e “sentir broca” (n=47) os pacientes sentem-se com um pouco de “medo”.

## **10.7. Relação entre as diferentes variáveis**

### **10.7.1. MDAS E DFS vs Com que frequência vai à consulta de Medicina Dentária?**

É possível afirmar que o resultado da classificação MDAS e DFS (Tabela 15) não está significativamente associado com a frequência de ida à consulta de Medicina Dentária (T. Kruskal-Wallis,  $p=0,094$  e  $p=0,142$ , respetivamente).

**Tabela 15- Resultados da Escala MDAS e DFS relativamente à frequência com que vai à consulta de Medicina Dentária?**

Variável	Categoria	n (%)	Média (±DP)	Mediana (Q1-Q3)	Min-Max	p*
<b>MDAS</b>	Várias vezes por mês	8 (5,3)	12,1 (±6,1)	11,5 (6 - 18)	5 – 21	0,094
	6 em 6 meses	44 (29,3)	9,5 (±4,7)	8,5 (5 - 11)	5 – 23	
	1 vez por ano	69 (46)	11,5 (±5,8)	10 (6 - 16)	5 – 25	
	Nunca fui	2 (1,3)	14,5 (±7,8)	14,5 (9 - )	9 – 20	
	Só quando tenho dores	27 (18)	13,4 (±6,2)	12 (7 - 18)	5 – 24	
<b>DFS</b>	Várias vezes por mês	8 (5,3)	40,8 (±21,2)	35,5 (23,5 - 57)	20 – 81	0,142
	6 em 6 meses	44 (29,3)	36,5 (±17,8)	31 (22 - 42,75)	20 – 92	
	1 vez por ano	69 (46)	43,8 (±23)	38 (25,5 - 54)	20 – 95	
	Nunca fui	2 (1,3)	40,5 (±19,1)	40,5 (27 - )	27 – 54	
	Só quando tenho dores	27 (18)	50 (±22,3)	44 (29 - 71)	20 – 85	

\* Teste de Kruskal-Wallis

### 10.7.2. MDAS e DFS vs Com que frequência falta às consultas devido ao medo?

A “falta à consulta devido ao fator medo” (Tabela 16) está significativamente associado com o resultado da classificação MDAS e DFS (T. Kruskal-Wallis,  $p < 0,001$  em ambas as comparações). Os inquiridos que apresentam valores mais altos de ansiedade tanto para o MDAS como para o DFS faltam mais às consultas (“frequentemente”).

**Tabela 16- Resultados da Escala MDAS e DFS relativamente à frequência com que falta devido ao medo?**

Escala	Categoria	n (%)	Média (±DP)	Mediana (Q1-Q3)	min-max	p*
<b>MDAS</b>	Nunca	118 (78,7)	9,9 (±4,8)	9 <sup>c</sup> (6 - 12)	5 – 25	<0,001
	Às vezes	24 (16)	15,1 (±6)	16,5 <sup>b</sup> (10,25 - 20,75)	5 – 23	
	Frequentemente	8 (5,3)	20,9 (±2,6)	20,5 <sup>a</sup> (18,5 - 23,75)	17 – 24	
<b>DFS</b>	Nunca	118 (78,7)	36,5 (±15,9)	32,5 <sup>c</sup> (23,75 - 44)	20 – 89	<0,001
	Às vezes	24 (16)	59 (±25,1)	58 <sup>b</sup> (33 - 82,5)	20 – 94	
	Frequentemente	8 (5,3)	82,1 (±16)	89 <sup>a</sup> (69,5 - 93,75)	51 – 95	

\* Teste de Kruskal-Wallis; <sup>a, b e c</sup> - valores de medianas significativamente diferentes, de acordo com o Teste de Mann-Whitney

### 10.7.3. MDAS e DFS vs Já teve alguma experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária?

**Tabela 17- Resultados da Escala MDAS e DFS relativamente a experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária? (sim/não).**

Escala	Categoria	n (%)	Média ( $\pm$ DP)	Mediana (Q1-Q3)	Min-Max	p*
MDAS	Sim	49 (32,7)	15,3 ( $\pm$ 5,4)	16 <sup>a</sup> (11 - 20)	5 – 25	<0,001
	Não	101 (67,3)	9,4 ( $\pm$ 4,8)	8 <sup>b</sup> (5 - 11)	5 – 24	
DFS	Sim	49 (32,7)	57,2 ( $\pm$ 20,8)	60 <sup>a</sup> (38,5 - 73,5)	20 – 95	<0,001
	Não	101 (67,3)	35,5 ( $\pm$ 18,1)	30 <sup>b</sup> (22 - 42)	20 – 94	

\* Teste de Mann-Whitney, <sup>a</sup>, <sup>b</sup>- valores de medianas significativamente diferentes, de acordo com o Teste de Mann-Whitney

Verifica-se existência de associação significativa entre “experiência anterior de trauma” (Tabela 17) e as Escalas MDAS e DFS (T. Mann-Whitney,  $p < 0,001$  em ambas as comparações). Assim, a maior parte dos pacientes com experiência anterior de trauma apresentam ansiedade elevada.

### 10.7.4. MDAS e DFS vs Já teve conhecimento de algum acidente grave num consultório de Medicina Dentária?

É possível afirmar que o resultado da classificação MDAS e DFS está significativamente associado a ter “conhecimento de acidentes em consultório” (T. Mann-Whitney,  $p = 0,02$  e  $p = 0,005$ , respetivamente). Os mais ansiosos são os que mais conhecem acidentes em consultório (Tabela 18).

**Tabela 18- Resultados da Escala MDAS e DFS relativamente ao conhecimento de algum acidente grave num consultório de Medicina Dentária? (sim/não)**

Escala	Categoria	n (%)	Média ( $\pm$ DP)	Mediana (Q1-Q3)	Min-Max	p*
MDAS	Sim	30 (20)	13,8 ( $\pm$ 6,5)	14,5 <sup>a</sup> (8,5 - 20)	5 – 25	0,020
	Não	120 (80)	10,7 ( $\pm$ 5,4)	10 <sup>b</sup> (6 - 13,75)	5 – 24	
DFS	Sim	30 (20)	54 ( $\pm$ 24,6)	60 <sup>a</sup> (29,5 - 77)	20 – 95	0,005
	Não	120 (80)	39,7 ( $\pm$ 19,8)	34 <sup>b</sup> (24 - 49,75)	20 – 94	

\* Teste de Mann-Whitney, <sup>a</sup>, <sup>b</sup>- valores de medianas significativamente diferentes, de acordo com o Teste de Mann-Whitney

### 10.7.5. MDAS e DFS vs Esse relato influenciou o seu comportamento nas consultas de Medicina Dentária?

**Tabela 19- Resultados da Escala MDAS e DFS relativamente a se o relato influenciou o comportamento nas consultas de Medicina Dentária? (sim/não)**

Escala	Categoria	n (%)	Média (±DP)	Mediana (Q1-Q3)	Min-Max	p*
MDAS	Sim	19 (12,7)	18,9 (±4,6)	20 <sup>a</sup> (16 - 21)	5 - 25	< 0,001
	Não	131 (87,3)	10,2 (±5)	9 <sup>b</sup> (6 - 12)	5 - 24	
DFS	Sim	19 (12,7)	72,4 (±17,2)	75 <sup>a</sup> (63 - 84)	24 - 95	< 0,001
	Não	131 (87,3)	38,2 (±18,5)	34 <sup>b</sup> (24 - 45)	20 - 94	

\* Teste de Mann-Whitney, <sup>a</sup>, <sup>b</sup>- valores de medianas significativamente diferentes, de acordo com o Teste de Mann-Whitney

A questão “Esse relato influenciou o seu comportamento nas consultas de Medicina Dentária”, está significativamente associada com o resultado da classificação MDAS e DFS (T. Mann-Whitney,  $p < 0,001$  em ambas as comparações). Os que mais relatam sentirem essa influência são os mais ansiosos (Tabela 19).

### 10.7.6. MDAS e DFS vs Os seus familiares, amigos e pessoas com que convive têm medo de ir ao Médico Dentista?

Quando interrogados sobre se “Os seus familiares, amigos e pessoas com que convive têm medo de ir ao Médico Dentista”, verifica-se a existência de associação significativa da resposta positiva com MDAS e DFS (T. Mann-Whitney,  $p < 0,001$  em ambas as comparações). Os inquiridos com ansiedade mais elevada apresentam familiares, amigos e pessoas com que convive com medo de ir ao Médico Dentista (Tabela 20).

**Tabela 20- Resultados da Escala MDAS e DFS relativamente a se os seus familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista?**

Escala	Categoria	n (%)	Média (±DP)	Mediana (Q1-Q3)	Min-Max	p*
MDAS	Sim	54 (36)	13,3 (±5,7)	12 <sup>a</sup> (9 - 18)	5 - 25	<0,001
	Não	96 (64)	10,2 (±5,5)	9 <sup>b</sup> (5 - 12)	5 - 25	
DFS	Sim	54 (36)	51,5 (±24,4)	43,5 <sup>a</sup> (30 - 71,25)	20 - 95	<0,001
	Não	96 (64)	37,5 (±18)	32 <sup>b</sup> (22,5 - 48)	20 - 93	

\* Teste de Mann-Whitney, <sup>a</sup>, <sup>b</sup>- valores de medianas significativamente diferentes, de acordo com o Teste de Mann-Whitney.

### 10.7.7. DFS vs Género vs Idade vs Nível de escolaridade vs Experiência Traumática vs Outros com medo vs MDAS

Como se pode verificar na Tabela 21, o ato de “adiar consulta” e “desmarcar/faltar consulta” é estatisticamente significativo com “experiência anterior de trauma”, “outros com medo” e “MDAS” (Teste de Qui Quadrado,  $p < 0,001$  nessas comparações). Em face dos fatos supra referidos a ativação destas componentes fisiológicas durante o tratamento ocorre por “experiência anterior de trauma”, conhecimento de “familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista” e valores superiores de “MDAS”.

**Tabela 21- Resultados de testes de qui-quadrado (valores de p) relacionando a escala DFS com as variáveis género, faixa etária, nível de escolaridade, experiência traumática, familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista - “outros com medo” e a escala MDAS.**

DFS		Género	Faixa etária	Nível de escolaridade <sup>1</sup>	Experiência traumática	Outros c/ medo	MDAS
	Adiar consulta <sup>3</sup>	0,361	0,265	0,303	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Desmarcar/Faltar consulta <sup>3</sup>	0,467	0,232	0,061	< 0,001	< 0,001	< 0,001
Ativação durante o tratamento	Tensão muscular <sup>3</sup>	0,122	0,683	0,562	< 0,001	0,016	< 0,001
	Aumento do ritmo respiratório <sup>3</sup>	0,031	0,481	0,753	< 0,001	0,001	< 0,001
	Aumento da sudorese <sup>3</sup>	0,103	0,849	0,650	< 0,001	0,002	< 0,001
	Sensação de enjoo <sup>3</sup>	0,001	0,241	0,689	< 0,001	0,129	< 0,001
	Aumento do ritmo cardíaco <sup>3</sup>	0,013	0,018	0,266	< 0,001	0,016	< 0,001
Ansiedade antecipatória	Marcar consulta <sup>2</sup>	0,110	0,741	0,058	< 0,001	< 0,001	< 0,001
	Aproximar-se do consultório <sup>2</sup>	0,132	0,246	0,787	< 0,001	0,001	< 0,001
	Sentado na sala de espera <sup>2</sup>	0,094	0,372	0,242	< 0,001	0,005	< 0,001
	Sentado na cadeira do dentista <sup>2</sup>	0,068	0,486	0,734	< 0,001	0,008	< 0,001
	Cheiro do consultório <sup>2</sup>	0,429	0,081	0,262	< 0,001	0,004	< 0,001
	Ver o dentista <sup>2</sup>	0,263	0,135	0,247	< 0,001	0,016	< 0,001
Medo do estímulo	Ver a agulha <sup>2</sup>	0,058	0,011	0,573	0,001	0,005	< 0,001
	Sentir a agulha <sup>2</sup>	0,053	0,015	0,872	0,007	0,002	< 0,001
	Ver a broca <sup>2</sup>	0,337	0,845	0,907	< 0,001	0,040	< 0,001
	Ouvir a broca <sup>2</sup>	0,096	0,959	0,843	< 0,001	0,008	< 0,001
	Sentir a broca <sup>2</sup>	0,036	0,842	0,866	< 0,001	0,010	< 0,001
	Fazer uma limpeza <sup>2</sup>	0,019	0,956	0,440	< 0,001	0,152	< 0,001
	Medo global <sup>2</sup>	0,009	0,509	0,703	< 0,001	0,071	< 0,001

<sup>1</sup> – variável recodificado para 3 categorias (até ao 9º ano, Secundário, Ensino Superior)

<sup>2</sup> – variável recodificada para 2 categorias (nenhum/nunca e pelo menos algum/alguma vez)

<sup>3</sup> – variável recodificada para 2 categorias (nunca e uma ou mais vezes)



No que respeita a *ativação fisiológica durante o tratamento*, mediante a análise da tabela é de salientar que:

- existência de associação entre “experiência anterior de trauma” e as variáveis “tensão muscular”, “aumento do ritmo respiratório”, “aumento do ritmo cardíaco”, “aumento da sudção” e “sensação de enjoo” ( $p<0,05$ ).

- verifica-se a existência de associação significativa ( $p<0,05$ ) das variáveis aumento da “tensão muscular”, “aumento do ritmo respiratório”, “aumento do ritmo cardíaco” e “aumento da sudção” com a variável “outros com medo: familiares, amigos e pessoas com que convive têm medo de ir ao Médico Dentista”. Constata-se, assim, que os que não conhecem “outros com medo” “nunca” tem aumento da “tensão muscular”, “aumento do ritmo respiratório”, “aumento do ritmo cardíaco” e “aumento da sudção”. Para além do exposto, também se verifica associação ( $p<0,05$ ) de MDAS com “tensão muscular”, “aumento do ritmo respiratório”, “aumento do ritmo cardíaco”, “aumento da sudção” e “sensação de enjoo”, em que os indivíduos com valores de MDAS mais elevados tem um maior aumento da “tensão muscular”, do “ritmo respiratório”, do “ritmo cardíaco”, da “sudção” e da “sensação de enjoo”.

- as variáveis “aumento do ritmo respiratório”, “sensação de enjoo” e “aumento do ritmo cardíaco” mostram ter associação com a variável género ( $p<0,005$ ), em que o género feminino apresenta um maior efeito destas ativações fisiológicas e ainda a variável “aumento do ritmo cardíaco” em que se verifica que os indivíduos mais jovens evidenciam um aumento significativo do ritmo cardíaco.

No que se refere à *ansiedade antecipatória*, da análise da tabela verifica-se que:

- nos acontecimentos “marcar consulta”, “aproximar-se do consultório”, “sentado na sala de espera”, “sentado na cadeira do dentista”, “cheiro do consultório” e “ver o dentista” verifica-se associação significativa ( $p<0,05$ ) com as variáveis “experiência anterior de trauma”, “familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista” e valores de “MDAS” superiores.

Quanto aos *estímulos desencadeantes de medo dentário*, da análise da tabela, constata-se que:

- “ver agulha”, “sentir agulha”, “ver broca”, “ouvir broca”, “sentir broca”, “fazer limpeza” e “medo global”, apresentam associação significativa ( $p < 0,05$ ) para as variáveis “experiência de trauma” e “MDAS”. É possível inferir que os pacientes que não tiveram “experiência anterior de trauma” “nunca” têm medo da “agulha”, da “broca”, de “fazer limpeza” e “nunca” revelam maior “medo global”, mas, perante estes estímulos, mostram valores de “MDAS” mais elevados.

- “ver agulha”, “sentir agulha”, “ver broca”, “ouvir broca” e “sentir broca”, encontram associação significativa para a variável “outros com medo” ( $p < 0,05$ ). Constatase que os que não conhecem “familiares, amigos e pessoas com que convive com medo de ir ao Médico Dentista” “nunca” têm medo da “agulha” e da “broca”.

- “sentir broca”, “fazer limpeza” e “medo global” encontra associação significativa com o “género” ( $p = 0,036$ ,  $p = 0,019$  e  $p = 0,009$ , respetivamente). Desta forma, é possível inferir que os pacientes que se demonstram mais ansiosos perante estes acontecimentos são os que pertencem ao género feminino.

- “ver broca” e “sentir agulha” encontra associação significativa com a “idade” ( $p = 0,019$  e  $p = 0,015$ , respetivamente). Os que mais anseiam o estímulo “sentir agulha” pertencem à faixa etária dos 15 aos 39 anos, enquanto o estímulo “ver broca” é mais pronunciado entre os 40 e os 59 anos.

## **11. DISCUSSÃO**

### **11.1.1. Escala de MDAS e DFS**

#### **11.1.2. Consistência interna**

O coeficiente  $\alpha$  de Cronbach obtido para ambos os instrumentos, 0,980 para DFS e 0,942 para MDAS, foi elevado, mostrando uma muito boa consistência interna (Lopes, 2009), e estão dentro da mesma ordem de grandeza ou ainda acima dos valores observados noutros estudos, sendo que para a escala MDAS se encontraram valores entre 0,80 e 0,96 (Lopes, 2009), e para a escala DFS, em outros estudos, variou entre 0,92 e 0,97 (Coolidge, Chambers et al., 2008 e Lopes, 2009).

Os valores das correlações item-restante para o DFS variaram entre 0,974 e 0,984 e para o MDAS entre 0,926 e 0,956. Os valores obtidos para as correlações item-restante neste estudo sugerem que a escala DFS e MDAS possuem um excelente nível de consistência interna, ao nível dos valores descritos na literatura. Assim sendo, a escala MDAS e DFS reforçam a robustez do teste, como podemos verificar nos resultados obtidos.

### **Análise de Componentes Principais**

A análise fatorial da escala DFS produziu três fatores consistentes (Tabela 7), assim como o verificado nos estudos de Kleinknecht et al. (1984), McGlynn et al. (1987), Cesar et al. (1993) e Lopes (2009).

O primeiro fator encontrado neste estudo é definido por itens relacionados com a ativação fisiológica durante o tratamento dentário (itens 3-7, Tabela 7) e por itens relacionados com o medo associado a estímulos específicos da consulta dentária e a procedimentos terapêuticos (itens 11, 16-20, Tabela 7).

Estes estímulos, que incluem sensações decorrentes do preparo cavitário com broca, fazem parte dos mais frequentemente citados por pacientes como base para o seu medo

(Lopes, 2009). Aliás, a importância do grau de resposta a estes estímulos como elemento da ansiedade dentária é sublinhada pelo facto de o item relativo ao medo global (item 20) estar incluído neste fator, que explica 72,74% da variância da escala.

O segundo fator (itens 1, 2, 8-10, 12 e 13, Tabela 7) está relacionado com comportamentos de evitamento da consulta e com o medo relacionado com situações prévias à consulta. Este fator parece mostrar a antecipação de uma perturbação eminente.

Segundo Lopes (2009), o relevo de um fator relacionado com ansiedade antecipatória é consistente com a observação de que, antes de tratamentos dentários, os pacientes ansiosos tipicamente esperam, antes da consulta, vir a experienciar mais dor, relativamente aos outros, e que, mais tarde, acabam por relatar uma menor intensidade de dor experienciada do que aquela que esperavam. Durante este período de antecipação, alguns pacientes ansiosos podem iniciar pensamentos negativos e catastróficos, passíveis de potenciar o stress experienciado durante o tratamento e causar um evitamento posterior da consulta dentária.

Para pacientes com pontuações elevadas neste fator relacionado com ansiedade antecipatória, as intervenções dirigidas à redução do medo ou ansiedade poder-se-ão focar em processos de reestruturação cognitiva concebidos para eliminar pensamentos catastróficos, introduzir estratégias de *coping* positivas, ou ambos (Lopes, 2009).

O terceiro fator identificado está relacionado com o medo associado a estímulos específicos da consulta dentária e a procedimentos terapêuticos (itens 14 e 15, Tabela 7).

Ao contrário do descrito para a versão original, em que os fatores dizem respeito a: 1- padrões de evitamento da consulta e ansiedade antecipatória, 2- medo associado a procedimentos e estímulos específicos e 3- sintomas de ativação fisiológica durante o tratamento dentário, os itens 3-7 que se deveriam encontrar no fator relacionado com os sintomas de ativação fisiológica durante o tratamento dentário, neste estudo estes itens

foram agrupados no fator que diz respeito a estímulos e procedimentos específicos da consulta. O item 11 que se encontra no fator relacionado com situações prévias à consulta, neste estudo foi agrupado no fator que diz respeito a procedimentos e estímulos específicos da consulta. Relativamente aos itens 14 e 15 que se encontram no fator relacionado com estímulos e procedimentos específicos da consulta, neste estudo estes itens foram agrupados no fator que diz respeito aos sintomas de ativação fisiológica durante o tratamento dentário.

Para o MDAS, os resultados da análise fatorial exploratória sugerem um modelo de um fator. Este fator diz respeito à ansiedade dentária geral. Este resultado está de acordo com Lopes (2009), que também encontrou apenas um fator.

### **11.2. Resultados MDAS e DFS**

Após aplicação da escala MDAS, constatou-se que a esmagadora maioria de pacientes não apresentava ansiedade, 74%. Porém, 26% da amostra, manifesta ansiedade, independentemente da sua severidade, isto é, quer sejam apenas “ansiosos” ou “muito ansiosos”. Registou-se ainda a supremacia de pacientes “muito ansiosos” sobre os “ansiosos”, respetivamente 14,7% e 11,3%. A prevalência de 14,7% de muito ansiosos no presente trabalho é significativamente inferior a 28,2% encontrado no estudo realizado por Kanegane et al. (2003) em pacientes do serviço de urgência de uma Faculdade de Medicina Dentária (São Paulo-Brasil), mas não difere significativamente ( $p=0,082$ ) dos 20,4% reportados por Milgrom et al. (1988) numa população de Seattle nem dos 10,8% ( $p=0,127$ ) encontrados por Hakeberg et al. (1992) numa população residente em Gotemburgo. Comparativamente a um estudo realizado por Ferreira (2007) em pacientes na sala de espera da Clínica de Medicina Dentária da FCS-UFP, o valor encontrado para este tipo de ansiedade elevada foi de 28,7%, valor superior à encontrada no presente estudo ( $p<0,001$ ), o que pode dever-se ao fato da amostra estudada não estar num ambiente indutor de ansiedade, visto que quando os pacientes se encontram na “sala de espera” de um Médico Dentista estes produzirão pontuações de MDAS e DFS mais elevadas (Lopes et al., 2004).

Relativamente à escala DFS, 76,7% são considerados “moderadamente ansiosos” e apenas 23,3% apresentam “ansiedade elevada”. Estudos de de Moraes et al. (1994) e Skaret et al. (1998) em populações adultas, de diferentes países, apontam para uma prevalência significativamente inferior de 5,7% ( $p < 0,001$ ) e de 19% que não difere da do presente estudo ( $p = 0,176$ ).

Pela análise da Tabela 4, podemos concluir que a escala DFS parece mostrar um nível de ansiedade ligeiramente superior ao identificado pela escala MDAS, assim como se constata nos valores obtidos para a escala MDAS com 14,7% para os “muito ansiosos” e 23,3% de “ansiedade elevada” na escala DFS. Se se considerarem conjuntamente os “moderadamente ansiosos” e os “muito ansiosos”, 26%, então este valor de prevalência de ansiedade não difere significativamente ( $p = 0,848$ ) dos 23,3% de “ansiedade elevada” contabilizados pela DFS.

### **11.3. MDAS e DFS vs Género vs Nível de escolaridade vs Idade**

Quanto à escala MDAS e escala DFS, não se verificou a existência de associação significativa entre estas e as variáveis idade e nível de escolaridade.

A classificação de MDAS e DFS encontra associação significativa com o género ( $p = 0,010$  e  $p = 0,014$ , respetivamente). Denota-se que o género feminino apresenta ansiedade significativamente mais elevada que o género masculino, facto evidenciado por SIFO, Milgrom et al., Hakeberg et al., Moore et al., *cit. in* Hagglin et al., 1999; Armfield et al., 2007; Doerr et al. (1998) e Hakeberg et al., Moore et al., Neverlien, Mellor, Schuurs et al., *cit. in* Doerr et al. (1998), pois as mulheres, em qualquer faixa etária, apresentam maior prevalência de níveis elevados de ansiedade, quer seja por maior fragilidade psicológica ou até pela aceitação social. Já os homens manifestam maior dificuldade em expressar o seu sentimento ansioso, pelo seu receio não ser socialmente tão aceitável como o temor no género feminino. Estes prezam por camuflar sintomas e até eventuais sinais de angústia, desconforto, ansiedade ou mesmo medo, contribuindo, hipotética e excecionalmente, para falácias estatísticas, ou falsos negativos, em que o género masculino figura como menos ansioso, em todas as faixas etárias.

#### 11.4. Frequência de resposta à Escala DFS

Já para a escala DFS, verificou-se que 66,7% (n=100) “nunca” adiou a consulta e 76,7% (n=115) “nunca” a desmarcou/faltou pelo fator medo. Todavia, 33,4% (n=50) já adiou a consulta e 23,3% (n=35) admite já ter desmarcado ou faltado, independentemente da frequência com que o fizeram, isto é, se o fazem apenas “uma ou duas vezes” ou “muitas vezes” (englobando a soma das respostas “algumas vezes”, “frequentemente” e “quase sempre”). Os valores obtidos no presente estudo, diferem da prevalência de um estudo de Erten et al. (2006), efetuado numa clínica universitária, em que 10,5% dos pacientes adiam as consultas por medo e 4,9% desmarcam e faltam à consulta pelo mesmo motivo, valores bem inferiores aos verificados neste estudo.

Eli et al. (1997) defendem que 6% da população evita a consulta. Confrontando este valor com o do presente estudo, conclui-se que 4,7% dos pacientes adia a consulta “quase sempre” e 2,7% afirma faltar ou desmarcar a consulta “quase sempre”, podendo-se deduzir uma pequena variação nos valores obtidos, comparativamente ao estudo referido.

Os pacientes quando persentem eventuais tratamentos invasivos, estes causam neles percepções negativas e podem induzir o adiamento e o cancelamento da consulta.

No que respeita à *ativação fisiológica durante o tratamento*, à *ansiedade antecipatória* e aos *estímulos desencadeantes de medo dentário* as quatro variáveis mais pontuadas são “ver agulha”, “sentir agulha”, “ouvir broca” e “sentir broca” com 69,3%, 71,9%, 68% e 72,9%, respetivamente. São estímulos capazes de fazer o paciente sentir-se com mais “medo”. Serve de suporte a estas conclusões, um estudo de Milgrom et al. (1995), no qual foi apurado que, designadamente, a “visão da agulha”, o “sentir da agulha” e o “ouvir e sentir da broca”, são alguns dos itens que produzem uma maior resposta de medo.

### **11.5. MDAS e DFS vs Com que frequência vai à consulta de Medicina Dentária?**

Embora se verifique a inexistência de diferenças significativas entre MDAS e DFS com a variável “Com que frequência vai à consulta de Medicina Dentária” ( $p=0,094$  e  $p=0,142$ , respetivamente), os indivíduos que “nunca foram” à consulta de Medicina Dentária registaram uma pontuação média na escala MDAS e DFS ligeiramente mais elevada do que os indivíduos que vão “só quando tem dores”, “1 vez por ano”, “6 em 6 meses” e “várias vezes por mês”. Moore et al. (1991) e Chaves et al. (2006), defendem que os pacientes com ansiedade dentária elevada, tendem a protelar ou evitar a consulta procurando este tipo de serviço apenas quando surgir sintomatologia.

Por essa razão, os pacientes ansiosos esperam longos períodos de tempo para marcar uma consulta, procurando atendimento somente em caso de necessidade, com maior possibilidade de sofrerem um procedimento invasivo e sentirem dor (Liddell & Locker, 2000).

Schuller et al. (2003) concluíram que indivíduos com alta ansiedade dentária visitam o Médico Dentista menos vezes do que aqueles que não evidenciam medo ou ansiedade dentária.

### **11.6. MDAS e DFS vs Com que frequência falta às consultas devido ao medo?**

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na frequência com que os pacientes faltam às consultas devido ao medo, relativamente à escala MDAS e DFS ( $p<0,001$  e  $p<0,001$ , respetivamente). Os indivíduos que faltam “frequentemente” às consultas devido ao medo apresentam valores mais altos de MDAS e DFS, relativamente aos indivíduos que faltam apenas “às vezes”, ou então “nunca” faltam. Pacientes mais ansiosos tendem a faltar “frequentemente”.

Kanegane et al. (2006), defendem ainda que a ansiedade pode ser uma barreira importante para a procura de atendimento médico-dentário. Pacientes com medo,



normalmente, esperam longos períodos para marcar uma consulta e frequentemente a desmarcam.

#### **11.7. MDAS e DFS vs Já teve alguma experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária?**

Neste estudo, mais particularmente nas respostas dadas a esta questão, quem responde “sim”, ou seja, que já teve alguma experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária, parece apresentar valores mais elevados de MDAS e DFS, logo são mais ansiosos, pois encontraram-se diferenças significativas tanto para a escala MDAS como para a DFS ( $p < 0,001$  e  $p < 0,001$ , respetivamente). Logo, os pacientes que de alguma forma, ficaram marcados psicologicamente com uma experiência menos positiva, durante um tratamento dentário, são frequentemente pacientes mais ansiosos.

Num estudo realizado por Kanegane et al. (2003), afirmam que 46,48% dos pacientes classificados como ansiosos relataram ter vivenciado um evento traumatizante relacionado com procedimentos médico-dentários.

De acordo com Anderson (1997), este afirma que a ansiedade e o medo relacionados com o atendimento médico-dentário muitas vezes tem origem numa história prévia de atendimento traumatizante, com frequência ocorrida na infância.

Diversos estudos sugerem que experiências traumatizantes que tenham lugar durante a consulta de Medicina Dentária podem conduzir a níveis mais elevados de ansiedade dentária (Lopes, 2009)

Para dar fundamento às associações aqui verificadas anteriormente, cita-se um estudo realizado por Beck et al. (1985), onde se concluiu, que os pacientes que comparecem às consultas com menor regularidade, identificam-se como vítimas de procedimentos dentários anteriores, com episódios de trauma e em última instância, apenas recorrem a tratamento dentário quando tem dores.

#### **11.8. MDAS e DFS vs Já teve conhecimento de algum acidente grave num consultório de Medicina Dentária?**

Detetaram-se diferenças significativas entre os indivíduos que responderam “sim” e “não” à questão referida, correspondendo a um maior nível de ansiedade ao grupo de indivíduos que responderam “sim” (MDAS:  $p=0,02$  e DFS:  $p=0,005$ ).

Assim, denota-se que os pacientes ansiosos são influenciados pelo conhecimento de acidentes, talvez relatados por outras pessoas próximas que também manifestam medo de ir ao Médico Dentista. Esta relação foi também encontrada num estudo realizado por Ferreira (2007), que afirma que os pacientes ansiosos são os que mais conhecem acidentes em consultório.

#### **11.9. MDAS e DFS vs Esse relato influenciou o seu comportamento nas consultas de Medicina Dentária?**

Houve diferenças estatisticamente significativas entre os pacientes que responderam “sim” e os que responderam “não” à questão que diz respeito se o relato de terceiros influencia o seu comportamento nas consultas de Medicina Dentária. É possível verificar que os indivíduos que respondem “sim” tem valores mais elevados de ansiedade, tanto na escala MDAS como na DFS ( $p<0,001$  e  $p<0,001$  respetivamente).

O paciente que tem conhecimento de acidentes graves num consultório dentário, receberam esse testemunho de pessoas que lhe são próximas e esses testemunhos vão influenciar o seu comportamento nas consultas de Medicina Dentária. Este fato foi evidenciado num estudo de Kleinknech & Alexander (1973), em que o testemunho de terceiros com patologia ansiosa, podem influenciar a visão e o temor percecionados ou perspetivados pelos utentes.

**11.10. MDAS e DFS vs Os seus familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista?**

Quando interrogados sobre se “Os seus familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista”, verifica-se a existência de associação significativa da resposta “sim” com a escala MDAS e DFS ( $p < 0,001$  e  $p < 0,001$ , respetivamente). Os indivíduos que conhecem familiares, amigos e pessoas com que convive e tem medo de ir ao Médico Dentista geram neles um aumento dos níveis de ansiedade. Porque segundo Arntz et al. (1990), os comportamentos fóbicos podem ser predispostos quer pela adoção de modelos comportamentais, de terceiros muito próximos com base em relatos dos mesmos quer por imitação ou por informação apreendida da convivência com estes.

A ansiedade pode ocorrer por experiência médico-dentária anterior desagradável ou por insegurança ante o desconhecido, como também pode ter sido gerada pela transmissão de experiências de outras pessoas próximas ao paciente (Chaves et al., 2006)

**11.11. DFS vs Género vs Idade vs Nível de escolaridade vs Experiência Traumática vs Outros com medo vs MDAS**

Verificou-se associação significativa entre “adiar consulta” e “desmarcar/faltar consulta” com “experiência anterior de trauma”, “familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista” e “MDAS” ( $p < 0,01$ ). Assim, os que adiam ou desmarcam e faltam à consulta são os que manifestam já terem sido alvo de “experiência anterior de trauma”, relatam que “os familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista” e demonstram valores mais elevados de ansiedade ao nível da escala “MDAS”.

No que respeita a *ativação fisiológica durante o tratamento* houve diferença estatisticamente significativa entre “experiência anterior de trauma” e as variáveis “tensão muscular”, “aumento do ritmo respiratório”, “aumento do ritmo cardíaco”, “aumento da sudorese” e “sensação de enjoo” ( $p < 0,001$ ). Em face dos factos supra-

referidos a “experiência anterior de trauma” influi na manifestação e ativação destas componentes fisiológicas

Foi encontrada diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) das variáveis aumento da “tensão muscular”, “aumento do ritmo respiratório”, “aumento do ritmo cardíaco” e “aumento da sudção” com a variável “outros com medo: familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista”. Constata-se, assim, que os que não conhecem “outros com medo”, “nunca” tem aumento da “tensão muscular”, “aumento do ritmo respiratório”, “aumento do ritmo cardíaco” e “aumento da sudção”.

Para além do exposto, também se encontrou associação significativa ( $p < 0,001$ ) de MDAS com “tensão muscular”, “aumento do ritmo respiratório”, “aumento do ritmo cardíaco”, “aumento da sudção” e “sensação de enjoo”, em que os indivíduos com valores de MDAS mais elevados tem um maior aumento da “tensão muscular”, do “ritmo respiratório”, do “ritmo cardíaco”, da “sudção” e da “sensação de enjoo”.

Aquando de uma exposição ao consultório dentário, o paciente já manifesta temer e o recordar de vivências de tratamentos percecionados como negativos ou relatos negativos de terceiros. A ansiedade assume proporções elevadas e surge sob a forma de sintomas, como sejam: aumento da frequência cardíaca e respiratória, sudorese, enjoo e hipertonia muscular (Little *cit. in* Ferreira, 2007).

As variáveis “aumento do ritmo respiratório”, “sensação de enjoo” e “aumento do ritmo cardíaco” mostram ter associação com a variável género ( $p < 0,005$ ), em que o género feminino apresenta um maior efeito destas ativações fisiológicas e ainda a variável “aumento do ritmo cardíaco” em que se verifica que os indivíduos mais jovens evidenciam um aumento significativo do ritmo cardíaco.

De facto, as mulheres estão mais ansiosas durante as rotinas de tratamento dentário em comparação com os homens. Hu et al., 2007 refere que as mulheres tem uma mais alta expectativa de ocorrência de tratamentos negativos (dolorosos) do que os homens.

Todavia, a ansiedade dentária tende a diminuir com a idade, logo os indivíduos mais jovens evidenciam níveis de ansiedade mais elevados do que os idosos. Assim sendo, estes terão alterações fisiológicas mais pronunciadas, como é o caso do aumento do ritmo cardíaco ou taquicardia (Lopes, 2009).

No que se refere à *ansiedade antecipatória* detetaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) nos acontecimentos “marcar consulta”, “aproximar-se do consultório”, “sentado na sala de espera”, “sentado na cadeira do dentista”, “cheiro do consultório” e “ver o dentista” com as variáveis “experiência anterior de trauma”, “familiares, amigos e pessoas com que convive tem medo de ir ao Médico Dentista” e valores de “MDAS” superiores. Desta forma, é possível inferir que os pacientes que se demonstram mais ansiosos perante estes acontecimentos são os que mais relatam “experiência anterior de trauma”, os que mais conhecem “familiares, amigos e pessoas com que convive com medo de ir ao Médico Dentista” e os classificados por “MDAS” como ansiosos.

Desta forma, para a maioria dos utentes, as variáveis “marcar consulta”, “aproximar-se do consultório”, “sala de espera” e “cadeira do dentista” aumentam a ansiedade à medida que ocorrem, com 35,4%, 40%, 51,3% e 62% respetivamente. É defendido por Lopes (2005) que estes acontecimentos encontram tradução sob a forma de impactos fisiológicos, isto é, alterações fisiológicas que, na véspera da consulta, o paciente já manifesta, aumentando de intensidade na sala de espera do consultório, atingindo o pico na altura do início da consulta. Tal gradação, do aumento de ansiedade por antecipação, verifica-se nos dados obtidos.

Quanto aos *estímulos desencadeantes de medo dentário* verifica-se uma diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre as variáveis “ver agulha”, “sentir agulha”, “ver broca”, “ouvir broca”, “sentir broca”, “fazer limpeza” e “medo global” com as variáveis “experiência de trauma” e “MDAS”. É possível inferir que os pacientes que não tiveram “experiência anterior de trauma” “nunca” têm medo da “agulha”, da “broca”, de “fazer limpeza” e “nunca” revelam maior “medo global”, mas, perante estes estímulos, mostram valores de “MDAS” mais elevados.

Detetaram-se diferenças estatisticamente significativas das variáveis “ver agulha”, “sentir agulha”, “ver broca”, “ouvir broca” e “sentir broca” com a variável “outros com medo” ( $p < 0,05$ ). Constatou-se que os que não conhecem “familiares, amigos e pessoas com que convive com medo de ir ao Médico Dentista” “nunca” tem medo da “agulha” e da “broca”.

Constatou-se, assim, que “ver a agulha”, “sentir a agulha”, “ouvir a broca” e “sentir a broca” são os estímulos que mais são receados pelos pacientes. Scott & Hirschman (1982) e Milgrom et al. (1995) revelam como principais causas do “medo” durante o tratamento dentário, as “injeções” e as “brocas”, surgindo depois o “medo do barulho”. Tal receio surge ainda associado a vivências de tratamentos dentários mais intimidativos, bem como do conhecimento de outras pessoas com temor e suas peripécias dialogantes, diante de procedimentos dentários, estando inerente uma elevada ansiedade dentária.

Donald Scott et al. (*cit. in* Frias-Bulhosa, 1996), referem que as causas com maior indução de ansiedade dentária, no adulto, designadas de antecedentes imediatos, estão relacionados com tratamentos ou ações dentárias específicas, nomeadamente a analgesia (injeção) e a preparação de cavidade dentárias (brocar).

As variáveis “sentir broca”, “fazer limpeza” e “medo global” encontram associação significativa com o “género” ( $p = 0,036$ ,  $p = 0,019$  e  $p = 0,009$ , respetivamente). Desta forma, é possível inferir que os pacientes que se demonstram mais ansiosos perante estes acontecimentos são os que pertencem ao género feminino.

Num estudo de Humphris et al. (2009), concluiu-se que as mulheres tem valores de ansiedade extrema mais altos comparativamente aos homens, no que diz respeito à perfuração e injeção anestésica local, facto que não foi encontrado neste estudo.

As variáveis “ver broca” e “sentir agulha” encontra associação significativa com a “idade” ( $p = 0,019$  e  $p = 0,015$ , respetivamente). Os que mais anseiam o estímulo “sentir

agulha” pertencem à faixa etária dos 15 aos 39 anos, enquanto o estímulo “ver broca” é mais pronunciado entre os 40 e os 59 anos.

### **III. Conclusão**

Depois de recolhidos e devidamente analisados os dados deste estudo, foi possível retirar algumas conclusões que a seguir se sintetizam.

Verificaram-se diferenças significativas para a idade por género, sendo que o género masculino é significativamente mais idoso que o género feminino. A maioria dos inquiridos tem idades compreendidas entre os 15 e os 59 anos. Relativamente ao nível de escolaridade todos os níveis estão representados com valores muito próximos.

No que diz respeito à frequência da consulta nos pacientes das Clínicas de Fisioterapia, Psicologia e Terapia da Fala da FCS-UFP, a maioria recorre a tratamentos dentários uma vez por ano, nunca falta às consultas por medo e não foi alvo de trauma durante tratamentos dentários.

Apoiado nos relatos dos pacientes, inferiu-se que a maioria desconhece a ocorrência de acidentes em consultórios de Medicina Dentária, não é influenciada por relatos de acidentes e não prava com pessoas próximas com medo de ir ao Médico Dentista.

A escala MDAS e a DFS revelou neste estudo associação estatisticamente significativa entre a ansiedade e o género, com o género feminino a apresentar ansiedade significativamente mais elevada. Relativamente ao nível de escolaridade e à idade não foi encontrada associação com estas escalas. Na escala MDAS 26% dos utentes apresentam ansiedade dentária. Dos portadores de tal, há supremacia dos “muito ansiosos” sob os “ansiosos”. Segundo a escala DFS 76,7% são considerados “moderadamente ansiosos” e 23,3% apresentam “ansiedade elevada”.

No que concerne à frequência da consulta e sua associação com a ansiedade conclui-se que existe associação de MDAS e DFS com “frequência de falta às consultas por medo”, “experiência anterior de trauma”, “conhecimento de acidentes graves em consultório de Medicina Dentária”, “relatos de pessoas próximas influenciam o seu comportamento nas consultas” e “familiares, amigos e pessoas com que convive com



medo de ir ao Médico Dentista”. Logo, os portadores de “experiência de trauma” tem valores mais elevados de ansiedade. Os mais ansiosos faltam “frequentemente” à consulta movidos pelo medo.

No tocante ao relato dos pacientes portadores de ansiedade, estes são os que mais conhecem acidentes em consultórios, mais se sentem influenciados por relatos de tais factos e que mais conhecem e convivem com pessoas próximas, que exteriorizam medo perante a consulta.

Do que se apurou da escala DFS, acerca do medo induzido por cada estímulo, individualmente, pode-se concluir que os atos de “adiar” e “desmarcar/faltar” às consultas, são praticados pelos indivíduos com valores de ansiedade mais elevada. Os indivíduos ansiosos manifestam ativação fisiológicas, principalmente denotada, pelo “aumento da tensão muscular”, do “aumento do ritmo respiratório” e “aumento do ritmo cardíaco”. Estes padecem de ansiedade antecipatória ao “marcar a consulta”, “aproximar-se do consultório” e na “sala de espera” aumentando quando estão na “cadeira do dentista”. Por sua vez, os estímulos mais temidos são indubitavelmente “ver e sentir agulha” e “ouvir e sentir broca”.

### **Considerações Finais**

A abordagem das questões do medo e da ansiedade dentária deve contribuir para a sua prevenção, diagnóstico individual e o seu tratamento, o que implicará novas e diferentes abordagens terapêuticas e uma melhor educação para a saúde, em particular a saúde oral. Neste contexto, os Médicos Dentistas terão de saber interpretar indícios e reações que revelam receios, temores e fragilidades dos pacientes, estabelecendo uma relação de empatia e de mútua confiança, com abordagens metodológicas e farmacológicas apropriadas. No âmbito social, deseja-se que sejam dinamizadas e incrementadas ações de sensibilização na população, em especial na saúde escolar, num trabalho simultâneo de prevenção e de educação da população, desde a mais tenra idade, sobretudo na desmontagem de preconceitos e de ideias preconcebidas relativas à dor nas consultas de Medicina Dentária.

## Bibliografia

Allgulander, C. (2007). O que os nossos pacientes querem e necessitam saber sobre transtorno de ansiedade generalizada?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29 (2).

Álvarez, M. & Rivero, Y. (2006). Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Revista Humanidades Médicas*, 6 (1).

American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª edição, texto revisto)* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. DSM-IV 4<sup>th</sup> ed. Washington, D. C., American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2006). Perturbações da Ansiedade. In: American Psychiatric Association. (1ª Ed.). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Lisboa, Climepsi, pp. 429-484.

American Psychological Association (2009). Anxiety Disorders: The Role of Psychotherapy in Effective Treatment. [Em linha]. Disponível em <[http://www.therapytribe.com/therapy/anxiety\\_disorders.html](http://www.therapytribe.com/therapy/anxiety_disorders.html)>. [Consultado em 1/06/2012]

Anderson, J. W. (1997). Fear in dental chair. *Oral Health*, 87 (2), pp. 9-12.

Armfield, J. M., Stewart, J. F. & Spencer, A. J. (2007). The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*, 7 (1), pp. 1-15.

Arntz, A., van Eck, M. & Heijmans, M. (1990). Predictions of dental pain: the fear of any expected evil, is worse than the evil itself. *Behaviour Research and Therapy*, 28 (1), pp. 29-41

Astrom, A. & Jakobsen, R. (1996). The effects of parental dental-health behavior on that of their adolescent offspring. *Acta Odontologica Scandinavica*, 54, pp. 235-241.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Bottan, E. R., Oglio, J. D. & Araújo, S. M. (2007). Ansiedade ao Tratamento Odontológico em Estudante do Ensino Fundamental. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 7 (3), pp. 241-246.

Cesar, J., de Moraes, A. B., Milgrom, P., & Kleinknecht, R. A. (1993). Cross validation of a Brazilian version of the Dental Fear Survey. *Community Dental Oral Epidemiology*, 21 (3), pp. 148-150.

Chaves, A. M., Loffredo, L. C. M, Valsecki-Júnior, A., Chavez, O. M. & Campos, J. A. D. B. (2006). *Revista de Odontologia da UNESP*, 35 (4), pp. 263-268.

Coolidge, T., Chambers, M. A., Garcia, L. J., Heaton, L. J. & Coldwell, S. E. (2008). Psychometric properties of Spanish-language adult dental fear measures. *BMC Oral Health*, 8, pp. 15.

Corah, N. L. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*, 48 (4), pp. 596.

Corah, N. L., Gate, E. N. & Illig, S. J. (1978). Assessment of a dental anxiety scale. *Journal of the American Dental Association*, 97 (5), pp. 816-819.

de Jongh, A., Aartman, I. H. & Brand, N. (2003). Trauma-related phenomena in anxious dental patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 31 (1), pp. 52-58.

de Jongh, A., Adair, P. & Anderson, M. (2005). Clinical management of dental anxiety: what works for whom?. *International Dental Journal*, 55, pp. 73-80.

de Moraes, A. B., Milgrom, P., Tay, K. M., & Costa, S. M. (1994). Prevalence of dental fear in Brazilian high school students in São Paulo state. *Community Dental Oral Epidemiology*, 22 (2), pp. 114-115.

Doerr, P. A., Lang, W. P., Nyquist, L. V. & Ronis, D. L. (1998). Factors associated with dental anxiety. *Journal of the American Dental Association*, 129, pp. 1111-1119.

Eitner, S., Wichmann, M., Paulsen, A. & Holst, S. (2006). Dental anxiety – an epidemiological study on its clinical correlation and effects on oral health. *Journal of Oral Rehabilitation*, 33, pp. 588-593.

Eli, I., Uziel, N., Baht, R. & Kleinhaus, M. (1997). Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. *Community Dental Oral Epidemiology*, 25 (3), pp. 233-237.

Erten, H., Akarslan, Z. Z. & Bodrumlu, E. (2006). Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence International*, 37, pp. 304-310.

Ferreira, M. A. (2007). Ansiedade e Fobia Dentária - Avaliação Psicométrica num estudo transversal. [Dissertação apresentada para obtenção do grau de Licenciatura]. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Freeman, R. (1998). Assessing and managing dental phobia in general practice: some practical suggestions. *British Dental Journal*, 184 (5), pp. 214-216.

Frere, C. L., Crout, R., Yorty, J. & McNeil, D. W. (2001). Effects of Audiovisual Distraction During Dental Prophylaxis. *Journal of the American Dental Association*, 132, pp. 1031-1038.

Frias-Bulhosa, J. (1996). Stress em Medicina Dentária. *Revista de Saúde Oral*, 2, pp. 126-134.

Gatchel, R. J. (1989). The prevalence of dental fear and avoidance: expanded adult and recent adolescent surveys. *Journal of the American Dental Association*, 118 (5), pp. 591-593.

Gaudereto, O. M., Dias, F. P., Costa, A. M. D. D., Terra, F. S., Costa, R. D. & Costa, M. D. (2008). Controle da ansiedade em Odontologia: enfoques atuais. *Ver Bras Odontol*, 65 (1), pp. 118-121.

Greenberg, S. J. (2002). *Administração do Estresse*. S. Paulo Brasil, Mande, pp. 20-51.

Guyton, A. C. (1991). The Autonomic Nervous System: The Adrenal Medulla. In: Guyton, A. C. (Ed.). *Textbook of Medical Physiology*. 8<sup>a</sup> ed. Philadelphia W. B. Saunders.

Hagglin, C., Berggren, U., Hakeberg, M., Hallstrom, T. & Bengtsson, C. (1999). Variations in Dental Anxiety among Middle-aged and Elderly Woen in Sweden: A Longitudinal Study between 1968 and 1996. *Journal of Dental Research*, 78 (10), pp. 1655- 1661.

Hakeberg, M., Berggren, U. & Carlsson, S. G. (1992). Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 20 (2), pp. 97-101.

Heaton, L. J., Carlson, C. R., Smith, T. A., Baer, R. A. & Leeuw, R. (2008). A previsão da ansiedade durante o tratamento dentário com base em auto-relatos dos pacientes. *Journal of the American Dental Association*, 8 (2), pp. 51-60.

Hmud, R. & Walsh, L. J. (2007). Ansiedad dental: causas, complicaciones y métodos de manejo. *Int Dent S Afric*, 9, pp.48-58.

Hu, L. W., Gorenstein, C. & Fuentes, D. (2007). Portuguese Version of Corah's Dental Anxiety Scale: Transcultural Adaptation and Reliability Analysis. *Depression Anxiety*, 24 pp. 467-471.

Humphris, G. M. & Ling, M. (2000). *Behavioural Sciences for Dentistry*. London: Churchill Livingstone.

Humphris, G. M., Dyer, T. A. & Robinson, P. G. (2009). The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC Oral Health*, 9 (20), pp. 1-8.

Humphris, G.M., Morrison, T. & Lindsay, S. J. (1995). The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dental Health*, 12 (3), pp. 143-150.

Humphris. G. M., Dyer, T. A. & Robinson, P. G. (2009). The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC Oral Health*, 9 (20), pp. 1-8.

Kanegane, K., Penha, S. S., Borsatti, M. A. & Rocha, R. G. (2003). Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. *Revista Saúde Pública*, 37 (6), pp. 1-8.

Kanegane, K., Penha, S. S., Borsatti, M. A. & Rocha, R. G. (2006). Ansiedade ao Tratamento Odontológico no Atendimento de Rotina. *RGO*, 54 (2), pp. 111-114.

Kelly, M., Steele, J., Nuttall, N., Bradnock, G., Morris, J., Nunn, J., et al. (1998). *Adult Dental Health Survey: Oral Health in the United Kingdom 1998*. London: The Stationery Office.

Kent, G. G. (1990). Thinking about Anxiety. *British Dental Journal*, 169 (5), pp. 133-135.

Kleinknecht, R. A., & Bernstein, D. A. (1978). Assessment of Dental Fear. *Behaviour Research and Therapy*, 9 (4), pp. 626-634.

Kleinknecht, R. A., Klepac, R. K., & Alexander, L. D. (1973). Origins and characteristics of fear of dentistry. *Journal of the American Dental Association*, 86 (4), pp. 842-848.

Kleinknecht, R. A., Thorndike, R. M., McGlynn, F. D. & Harkavy, J. (1984). Factor analysis of the dental fear survey with cross-validation. *Journal of the American Dental Association*, 108 (1), pp. 59-61.

Kvale, G., Berg, E. & Raadal, M. (1998). The ability of Corah's Dental Anxiety Scale and Spielberger's State Anxiety Inventory to distinguish between fearful and regular Norwegian dental patients. *Acta Odontologica Scandinavica*, 56 (2), pp. 105- 109.

Lautch, H. (1971). Dental phobia. *British Journal of Psychiatry*, 119 (549), pp. 151-158.

Liddell, A. & Locker, D. (2000). Changes in levels of dental anxiety as a function of dental experience. *Behaviour Modified*, 24(1), pp. 57-68.

Litt, M. D., Nyle, C. & Shafer, D. (1993). Coping with Oral Surgery by Self-efficacy Enhancement and Perceptions of Control. *Journal of Dental Research*, 72 (8), pp. 1237-1243.

Locker, D. (1989). *Behavioural Science and Dentistry*. 1st ed. London, Travistock/Routledge.

Locker, D. (2003). Psychosocial consequences of dental fear and anxiety. *Community Dental Oral Epidemiology*, 31 (2), pp. 144-151.

Locker, D. & Liddel, A. M. (1991). Correlates of Dental Anxiety Among Older Adults. *Journal of Dental Research*, 70 (3), pp. 198-203.

Locker, D., Poulton, R. & Thomson, W. M. (2001). Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Community Dental Oral Epidemiology*, 29 (6), pp. 456-463.

Locker, D., Shapiro, D. & Liddell, A. (1996). Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. *Community Dental Oral Epidemiology*, 24 (5), pp. 346-350.

Lopes, P. N. (2005). *Contribuição para o estudo da ansiedade dentária: Validação de uma versão portuguesa do Dental Anxiety Inventory em estudantes do ensino superior* (Dissertação não publicada, apresentada à Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, da Faculdade de Medicina). Coimbra: Universidade de Coimbra.

Lopes, P. N. R. M. (2009). Ansiedade em Medicina Dentária: Validação de versões portuguesas do “Dental Fear Survey” e do “Modified Dental Anxiety Scale” em estudantes do Ensino Superior. [Dissertação apresentada para obtenção do grau de Doutor]. Badajoz: Universidade da Extremadura – Departamento de Psicologia e Antropologia.

Lopes, P. N., Ponciano, E., Alte da Veiga, F., Pereira, A. & Humphris, G. (2004). *Validação para a língua portuguesa do Modified Dental Anxiety Scale – resultados preliminares* (Trabalho apresentado no IV Congresso de Investigação em Medicina, que



decorreu em 17 e 18 de Novembro de 2004, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.). Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Lopes, P. N., Ponciano, E., Pereira, A., Medeiros, J. & Kleinknecht, R. (2004). Psicometria da ansiedade dentária: Avaliação das características psicométricas de uma versão portuguesa do Dental Fear Survey. *Revista Portuguesa Estomatologia Cirurgia Maxilofacial*, 45 (3), pp. 133-146.

Maniglia-Ferreira, C., Gurgel-Filho, E. D., Bonecker-Valverde, G., Moura, E. H., Deus, G. & Coutinho-Filho, T. (2004). Ansiedade Odontológica: Nível, Prevalência e Comportamento. *RBPS*, 17 (2), pp. 51-55.

McGlynn, F. D., Mcneil, D. W., Gallagher, S. L. & Vrana, S. (1987). Factor Structure, Stability, and Internal Consistency of the Dental Fear Survey. *Behavioral Assessment*, 9 (1), pp. 57-66.

Milgrom, P., Fiset, L., Melnick, S. & Weinstein, P. (1988). The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *Journal of the American Dental Association*, 116 (6), pp. 641-647.

Milgrom, P., Weinstein, P. & Getz, T. (1995). *Treating Fearful Dental Patients – A Patient Management Handbook* (2<sup>nd</sup>, Revised ed.). Seattle: Continuing Dental Education, University of Washington.

Moore, R., Berggren, U., & Carlsson, S. G. (1991). Reliability and clinical usefulness of psychometric measures in a self-referred population of odontophobics. *Community Dental Oral Epidemiology*, 21 (5), pp. 292-296.

Morais, E. R. B. (2003). O medo do paciente ao tratamento odontológico. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do RGS*, 44 (1), pp. 39-42.

Nathan, J. E. (2001). Behavioral management strategies for Young pediatric dental patients with disabilities. *Journal of Dentistry for Children*, 68 (2), pp. 89-101.

Ohman, A. & Mineka, S. (2001). Fears, phobias and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review*, 108 (3), pp. 483- 522.

Oliveira, P. J. P. (2009). Influência do Espaço do Consultório Dentário na Ansiedade dentária – Uma reflexão... [Dissertação apresentada para obtenção do grau de Licenciatura]. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Petry, P. C., Toassi, R. F. C., Scotá, A. C. P. & Fochesatto, S. (2006). Ansiedade do Paciente Idoso Frente ao Tratamento Odontológico. *RGO*, 54 (2), pp. 191-194.

Pichot, P. (1999). The semantics of anxiety. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 14 (S1), pp. S22-S28.

Possobon, R. F, Carrascoza, K. C., Moraes, A. B. A. & Jr, A. L. C. (2007). O Tratamento Odontológico como Gerador de Ansiedade. *Psicologia em Estudo*, 12 (3), pp. 609-616.

Presoto, C. D., Cioffi, S. S., Dias, T. M., Loffredo, L. C. M. & Campos, J. A. D. B. (2011). Escala de Ansiedade Odontológica: Reprodutibilidade das Respostas Dadas em Entrevistas Telefônicas e Pessoais. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr*, 11 (2), pp. 205-210.

Rosa, A. L. & Ferreira, C. M. (1997). Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. *Rev Bras Odontol*, 54, pp. 171-174.

Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Transtornos de ansiedade. Compêndio de Psiquiatria – Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. São Paulo, Artmed. pp. 630-685.

Santos, P. A., Campos, J. A. D. B. & Martins, C. S. (2007). Avaliação do Sentimento de Ansiedade frente ao Atendimento Odontológico. *Revista UNIARA*, 20, pp. 189-201.

Schuller, A. A., Willumsen, T. & Holst, D. (2003). Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dental Oral Epidemiology*, 31 (2), pp. 116-121.

Scott, D. S. & Hirschman, R. (1982). Psychological aspects of dental anxiety in adults. *Journal of the American Dental Association*, 104 (1), pp. 27-31.

Skaret, E., Raadal, M., Berg, E. & Kvale, G. (1999). Dental anxiety and dental avoidance among 12 to 18 year olds in Norway. *Eur J Oral Sci*, 107 (6), pp. 422-428.

Souza, A. B., Nicolau, R. A. & Ribeiro, N. R. (2005). Avaliação da ansiedade pré-operatória em âmbito odontológico. In: IX Encontro Latino-Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba, pp. 1716-1718.

Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. In: Spielberger, C. D. (Ed.), *Anxiety and Behaviour* (1ª ed.). London: Academic Press.

Spielberger, C. D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In: Spielberger, C. D., Diaz-Guerrero, R. *Cross cultural research on anxiety*. Washington DC, Hemisphere/Willey, pp. 3-11.

Thomson, W. M., Poulton, R. G. & Kruger, E. (1997). Changes in self-reported dental anxiety in New Zealand adolescents from ages 15 to 18 years. *Journal of Dental Research*, 76 (6), pp. 1287-1291.

Vassend, O. (1993). Anxiety, pain and discomfort associated with dental treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31 (7), pp. 659-666.

## **Anexos**

## **Anexo I**

**UNIVERSIDADE FERNANDO PESSOA**

FACULDADE CIÊNCIAS DA SAÚDE

2011/2012



**Clínicas de Fisioterapia, Terapia da Fala, Psicologia e Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Ciências da Saúde**

**- Universidade Fernando Pessoa -**

### **INQUÉRITO**

Este inquérito tem como principal objetivo avaliar a ansiedade e fobia dentária dos pacientes, nestas clínicas, perante a consulta de Medicina Dentária, no âmbito da realização de uma tese de mestrado da aluna Ana Catarina Macedo da Silva, nº18060.

Os dados da pesquisa têm como finalidade exclusiva o seu tratamento científico, sendo assegurado total sigilo.

Por favor, responda a todas as questões. A sua colaboração é preciosa e imprescindível para a realização desta investigação.

**Avaliação da ansiedade e fobia dentária**

**Dados individuais**

**I - Género:** F \_\_\_\_ M \_\_\_\_

**II - Idade:** \_\_\_\_ anos

**III – Nível de escolaridade:**

1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	Secundário	Bacharelato	Licenciatura	Mestrado/Doutoramento

**IV – Qual a sua profissão?** \_\_\_\_\_

**Comportamento individual face ao tratamento dentário**

(ASSINALE, POR FAVOR, COM X A SUA OPÇÃO)

**1- Com que frequência vai à consulta de Medicina Dentária?**

☐ Várias vezes por mês   ☐ 6 em 6 meses   ☐ 1 vez por ano   ☐ Nunca fui   ☐ Só quando tenho dores

**2- Com que frequência falta às consultas devido ao medo?**

☐ Nunca   ☐ Às vezes   ☐ Frequentemente

**3- Já teve alguma experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária?**

☐ Sim   ☐ Não

**4- Já teve conhecimento de algum acidente grave num consultório de Medicina Dentária?**

☐ Sim   ☐ Não

**5- Esse relato influenciou o seu comportamento nas consultas de Medicina Dentária?**

☐ Sim   ☐ Não

**6- Os seus familiares, amigos e pessoas com que convive têm medo de ir ao Médico Dentista?**

☐ Sim   ☐ Não

**Escala Modificada de Ansiedade Dentária – Modified Dental Anxiety Scale**

(versão original de Humphris; versão portuguesa de Lopes & Ponciano)

**CONSEGUE INDICAR-NOS O QUANTO FICA ANSIOSO (SE É QUE FICA ANSIOSO) COM A SUA IDA AO DENTISTA?**

**POR FAVOR, INDIQUE, ASSINALANDO A RESPECTIVA OPÇÃO COM UM X.**

1. Se AMANHÃ fosse ao seu medico dentista para tratamento, como se sentiria?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>

2. Se estivesse sentado na SALA DE ESPERA (à espera de tratamento), como se sentiria?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>

3. Se lhe estivessem prestes a BROCAR UM DENTE, como se sentiria?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>

4. Se lhe estivessem prestes a fazer uma DESTARTARIZAÇÃO E POLIMENTO (limpeza), como se sentiria?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>

5. Se estivesse prestes a receber uma INJEÇÃO DE ANESTESIA LOCAL na sua gengiva, por cima de um molar superior, como se sentiria?

Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>	Ansioso <input type="checkbox"/>

**DENTAL FEAR SURVEY**

(versão original de Kleinknecht, Klepac & Alexander; versão portuguesa de Lopes & Ponciano)

Os itens deste questionário referem-se a várias situações, sentimentos e reacções relacionadas com o tratamento dentário. Por favor, avalie o seu sentimento ou reacção a estes itens, fazendo um círculo à volta do número (1, 2, 3, 4, 5) ou da categoria que melhor corresponda sua reacção

1. O medo de ser submetido(a) a tratamento dentário já fez com que adiasse o acto de marcar a consulta?

1	2	3	4	5
Nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

2. O medo de ser submetido(a) a tratamento dentário já fez com que desmarcasse ou faltasse a alguma consulta?

1	2	3	4	5
Nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

*Quando submetido a tratamento dentário:*

3. Os meus músculos ficam tensos...

1	2	3	4	5
Nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

4. A minha respiração acelera...

1	2	3	4	5
Nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

5. Sinto-me suado...

1	2	3	4	5
Nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

6. Sinto-me como se tivesse “borboletas” no estômago...

1	2	3	4	5
Nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

7. O meu coração bate mais depressa...

1	2	3	4	5
Nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

Apresenta-se em baixo uma lista de coisas e situações que muitas pessoas referem como sendo causadoras de medo ou ansiedade. *Por favor, avalie o grau de medo, ansiedade ou desconforto que cada um destes itens lhe suscita.* Assinale com um **X** no local apropriado (se ajudar, tente imaginar-se em cada uma destas situações e descreva a forma como habitualmente reagiria)

	nenhum	um pouco	algum	bastante	muito
8. Marcar uma consulta para o dentista...	_____	_____	_____	_____	_____
9. Aproximar-se do consultório dentário...	_____	_____	_____	_____	_____
10. Estar sentado na sala de espera...	_____	_____	_____	_____	_____
11. Estar sentado na cadeira do dentista...	_____	_____	_____	_____	_____
12. O cheiro do consultório dentário...	_____	_____	_____	_____	_____
13. Ver o dentista a entrar...	_____	_____	_____	_____	_____
14. Ver a agulha da anestesia...	_____	_____	_____	_____	_____
15. Sentir a injectar a agulha...	_____	_____	_____	_____	_____
16. Ver a broca...	_____	_____	_____	_____	_____
17. Ouvir a broca...	_____	_____	_____	_____	_____
18. Sentir as vibrações da broca...	_____	_____	_____	_____	_____
19. Fazer uma limpeza aos dentes...	_____	_____	_____	_____	_____
20. Considerando todos estes pontos, qual é o grau de medo que tem de que lhe executem tratamentos dentários?	_____	_____	_____	_____	_____

**Obrigada pela sua participação.**