



**INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**A ANSIEDADE DENTÁRIA EM ODONTOPEDIATRIA E SUAS  
IMPLICAÇÕES**

Trabalho submetido por  
**Tiago Sequeira Marques Teixeira**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por  
**Prof. Doutora Luísa Bandeira Lopes**

**outubro de 2013**



## **Agradecimentos**

À Prof. Doutora Luísa Bandeira Lopes, pela sua disponibilidade constante, pelas suas valiosas intervenções ao longo da preparação do mesmo, pela sua paciência relativamente ao rumo que o trabalho foi levando ao longo do tempo, e sobretudo por me ter ajudado a ultrapassar os momentos de desespero em que me pareceu que seria incapaz de abordar um tema tão rico e tão vasto no período de tempo estipulado.

Aos meus pais, Manuel e Luísa Teixeira, que mostraram sempre tato e paciência para aceitar decisões menos felizes ao longo do meu período académico, mostrando-se sempre disponíveis, apesar de tudo, para continuar a investir na minha formação. Um agradecimento especial à minha mãe, que acompanhou de perto todo o longo processo que esta tese envolveu.

Aos meus queridos irmãos André e David, e às minhas cunhadas Cátia e Ana. “*Brothers in Arms*”.

Um agradecimento ao meu grande amigo Marco Serrano, às inúmeras conversas que tivemos acerca das nossas teses, aos conselhos que me deu, e às dicas preciosas que a sua formação em Psicologia Clínica trouxeram a este Trabalho. Mas sobretudo o seu apoio, a sua paciência para os meus desabafos, e a sua amizade. Um grande obrigado também à Carla Florindo, que viveu de perto as aventuras e desventuras do meu percurso Universitário. Se cheguei até este ponto, foi muito graças ao seu incentivo e apoio constantes que não soçobraram quando as circunstâncias se tornaram adversas. Um grande obrigado à Joana Lemos, pela amizade e ajuda ao longo deste trabalho.

Por fim, mas não por último, queria agradecer a Deus, à mão invisível que me tem guiado ao longo da minha vida, e em particular nos últimos dois anos, que me tem dado a esperança de que este mundo é mais do que sombras e pó, e de que existe uma finalidade para esta aventura que é estar vivo. Nos meus momentos mais negros pude sentir a sua ajuda, e não fosse a minha fé, teria certamente fracassado. A sua palavra tem refrigerado a minha alma, e guiar-me-á certamente até a águas tranquilas.



## Resumo

A ansiedade dentária é um problema com que o Médico Dentista se depara frequentemente na prática clínica. De forma a contornar o obstáculo referido, exige-se deste, capacidades técnicas e humanas avançadas, sobretudo quando o sujeito em questão é uma criança. Na génese e perpetuação da ansiedade dentária, (aqui definida no seu sentido mais abrangente, englobando também os conceitos de medo e fobia dentária) podem ser identificados inúmeros fatores, que vão concorrer entre si, para dar a este problema matizes e contornos que variam muito de sujeito para sujeito. A experiência dolorosa associada aos procedimentos clínicos desempenham um papel fundamental no fenómeno da angústia (“*distress*”) que está intimamente associado à ansiedade. O Médico Dentista deverá assim abordar cada criança de forma individual e personalizada, compreender os motivos por detrás dos seus receios, e estabelecer uma estratégia de comunicação adequada, que pode integrar, ou não, recursos farmacológicos e/ou não-farmacológicos para ajudar a criança a superar as suas angústias.

**Palavras chave:** Ansiedade dentária; Dor; Comunicação em Odontopediatria; Técnicas de Gestão de Comportamento.



## **Abstract**

Dental anxiety is a problem that the Dentist has to face often in his clinical practice. In order to overcome the aforementioned problem, the dentist is required to have advanced technical and personal skills, even more so when the subject is a child. The origin and perpetuation of anxiety (here defined on a broadened sense to include the concepts of dental fear and phobia) is due to a number of factors, that will jointly contribute to give different hues and shapes to this issue, as well as accounting for differences between subjects. The experience of pain associated with clinical procedures plays an important role in the phenomenon of distress which is intimately related to anxiety.

The Dentist should therefore approach each child in an individual and personal basis, understand the reasons behind his fears, and be capable of establishing an adequate communication strategy, that might include, or not, pharmacological and/or non-pharmacological approaches to help the child overcome his distress.

**Key words:** Dental anxiety; Pain; Communication in Pediatric Dentistry; Behavior Management Techniques



# ÍNDICE GERAL

ÍNDICE GERAL .....	9
ÍNDICE DE FIGURAS .....	11
I. INTRODUÇÃO .....	13
II. DESENVOLVIMENTO .....	15
2.1 Caracterização da ansiedade dentária .....	15
2.1.1 Distinção entre medo, ansiedade e fobia dentária .....	15
2.1.2 Caracterização da população afetada pela ansiedade dentária .....	18
2.1.2.1 Incidência.....	18
2.1.2.2 Género .....	20
2.1.2.3 Estrato socioeconómico .....	20
2.1.2.4 Idade e a sua relação com a ansiedade dentária.....	21
2.1.2.5 Inteligência e maturidade.....	23
2.1.2.6 Personalidade.....	23
2.1.2.7 Estilos de vinculação .....	23
2.1.2.8 Psicopatologia.....	24
2.1.2.9 Estado de saúde oral .....	25
2.1.3 Ansiedade e controle.....	26
2.1.4 Relação entre problemas de comportamento e ansiedade dentária .....	26
2.1.5 Teoria da aquisição da ansiedade de Rachman.....	29
2.1.5.1 Condicionamento direto .....	29
2.1.5.2 Condicionamento indireto .....	32
2.1.5.3 Instruções/informações negativas.....	34
2.1.5.4 Vias não associativas .....	35
2.1.6 Modelo de Weiner e Sheehan .....	35
2.1.7 Ciclo vicioso da ansiedade dentária.....	37
2.1.8 Avaliação do medo/ansiedade dentária.....	39
2.1.8.1 Escalas psicométricas .....	39
2.1.8.1.1 “ <i>Children`s Fear Survey Schedule – Dental Subscale</i> ” .....	39
2.1.8.1.2 “ <i>Dental Anxiety Scale</i> ” .....	40
2.1.8.1.3 “ <i>Venham`s Picture Test</i> ” .....	41
2.1.8.1.4 “ <i>Dental Fear Survey</i> ” .....	42
2.1.8.2 Avaliações projetivas .....	42
2.1.8.2.1 “ <i>Children` Dental Fear Picture Test</i> ” .....	42
2.1.2.2.2 “ <i>Child Drawing: Hospital</i> ” .....	44
2.2 Dor e a sua interação com a ansiedade dentária .....	46
2.2.1 Definições e fisiologia da dor .....	46
2.2.2 Teorias da transmissão da dor .....	47
2.2.3 Subjetividade da dor .....	48
2.2.4 Avaliação da dor .....	49
2.2.4.1 Medidas observacionais.....	50
2.2.4.2 Medidas de autoavaliação.....	51
2.2.4.3 Avaliação fisiológica da dor .....	53
2.2.5 Modelos explicativos para a variabilidade de resposta face à dor.....	54
2.2.6 Dor em Odontopediatria, e o paradoxo da anestesia local .....	55
2.2.7 Dor associada a Procedimentos .....	56
2.2.8 Ansiedade antecipatória/medo da dor.....	57
2.3 Gestão da Ansiedade no Consultório.....	58
2.3.1 Aspetos não clínicos do “ <i>setting</i> ” odontopediátrico .....	60

2.3.2 Comunicação .....	62
2.3.2.1 Parâmetros da comunicação .....	63
2.3.2.2 Modelos e estratégias de comunicação.....	64
2.3.2.3 Comunicação e desenvolvimento cognitivo da criança.....	67
2.3.2.4 Aspectos práticos da comunicação .....	68
2.3.2.5 As limitações da comunicação.....	70
2.3.3 O papel dos pais.....	71
2.3.3.1 Envolvimento parental na experiência dentária da criança .....	72
2.3.3.2 Atitude dos pais face a algumas técnicas de gestão de comportamento .	74
2.3.4 Técnicas de gestão de comportamento .....	75
2.3.4.1 Técnicas básicas .....	75
2.3.4.1.1 “Dizer-Mostrar-Fazer” .....	76
2.3.4.2.2 Controle de voz.....	76
2.3.4.2.3 Comunicação não-verbal .....	77
2.3.4.2.4 Reforço positivo .....	77
2.3.4.2.5 Distração.....	78
2.3.4.2.6 Presença/ausência dos pais .....	79
2.3.4.2.7 Óxido nítrico .....	79
2.3.4.2 Técnicas Avançadas .....	80
2.3.4.2.1 Estabilização protetora .....	80
2.3.4.2.2 Sedação .....	81
2.3.4.2.3 Anestesia geral.....	83
2.3.4.3 Outras técnicas.....	84
2.3.4.3.1 Hipnose.....	84
2.3.4.3.2 Relaxamento .....	85
2.3.4.3.3 Técnicas de modelação.....	86
2.3.4.3.4 Restruturação de memória.....	86
2.3.5 Importância da anestesia local no controlo da dor e da ansiedade .....	87
III. CONCLUSÕES .....	89
IV. BIBLIOGRAFIA .....	91

# ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: DESENHO DE UMA CRIANÇA NO DENTISTA. ADAPTADO DE KUPIETZKY, (2004) .....	21
FIGURA 2: REPRESENTAÇÃO CICLO VICIOSO DA ANSIEDADE DENTÁRIA. ADAPTADO DE ARMFIELD, (2007) .....	37
FIGURA 3: VENHAM`S PICTURE TEST, ADAPTADO DE OLIVEIRA, MORAES E CARDOSO (2012) .....	42
FIGURA 4: EXEMPLOS DE IMAGENS ENCONTRADAS NO “DENTAL SETTING PICTURES”. ADAPTADO DE KLINGBERG & HWANG (1994). .....	43
FIGURA 5: EXEMPLO DE DESENHO FEITO POR UMA CRIANÇA NO CD:H. ADAPTADO DE AMINADABI ET AL. (2010) .....	45
FIGURA 6: ESCALA DE FACES DE WONG-BAKER. ADAPTADO DE LEMOS ET AL. (2011) .....	52
FIGURA 7:ADAPTAÇÃO DA ESCALA DE FACES DE WONG BAKER PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA. ADAPTADO DE LEMOS ET AL. (2011) .....	53
FIGURA 8: ESCALA “FACES PAIN SCALE” DE BIERI (1990). ADAPTADO DE HICKS ET AL. (2001) .....	53
FIGURA 9: O TRIÂNGULO DO TRATAMENTO ILUSTRANDO AS RELAÇÕES BÁSICAS EM ODONTOPEDIATRIA. ADAPTADO DE WRIGHT (2001). .....	59



## I. INTRODUÇÃO

A ansiedade dentária, o medo dentário, e a fobia dentária são um problema relevante não apenas para a área da Odontopediatria, mas também para a população adulta, afigurando-se como uma temática que tem atraído o interesse de inúmeros investigadores no passado.

Os sujeitos com dificuldades a este nível colocam desafios importantes ao Clínico que tem de ser capaz de os identificar e abordar de forma resoluta, paciente e empática, sobretudo quando se está perante uma criança, que conta com menos recursos psíquicos para lidar com as suas angústias do que um adulto.

Apesar da origem para o problema do comportamento no consultório dentário ser multifatorial, a ansiedade dentária é um dos fatores mais importantes. Esta tende a repercutir-se no comportamento manifestado pelas crianças, levando a uma menor colaboração com o Médico Dentista. A tendência de evitar as consultas de Medicina Dentária devido a este problema, é também bem conhecido dos profissionais da área.

Na génese da ansiedade dentária pode muitas vezes encontrar-se o medo face à dor, potencialmente associada ao procedimento que irá ter lugar durante a consulta. A questão da dor e a ansiedade dentária encontram-se associadas fortemente, motivo pelo qual alguns autores preferem englobá-las num único conceito de “angústia”.

O Médico Dentista deverá assim reunir as competências técnicas e humanas para abordar este problema complexo e de extensas repercussões, usando técnicas comunicativas, técnicas de gestão de comportamento e outras ferramentas, para minimizar as consequências da ansiedade dentária na população odontopediátrica. Apesar dos desenvolvimentos ao nível das técnicas que podem ser usadas pelos profissionais da Medicina Dentária face a estes problemas, a ansiedade dentária é ainda um dos principais motivos para o encaminhamento para especialista em Odontopediatria.

Este trabalho de revisão bibliográfica realizado no âmbito do mestrado em Medicina

Dentária da Faculdade Instituto Superior Egas Moniz, pretende abordar a questão do medo, ansiedade e fobia dentárias em odontopediatria, diferenciando-as, sem deixar com isso de estabelecer as conexões que interligam estes conceitos, ao ponto de muitas vezes serem utilizados de forma intercambiável na literatura.

Pretendemos igualmente investigar a epidemiologia desta problemática, caracterizar a população afetada e referir alguns fatores que têm sido referidos pela literatura como tendo influência sobre o surgimento e manifestação da ansiedade dentária em crianças. A interação entre a ansiedade dentária e os problemas de comportamento será um dos assuntos que se procurará também clarificar. Serão abordados igualmente alguns modelos explicativos que procuram clarificar os mecanismos e vias de aquisição e manutenção da ansiedade dentária, entre os quais se encontram a Teoria da Aquisição da Ansiedade de Rachman, e o ciclo vicioso da ansiedade dentária entre outras. Não poderíamos deixar de abordar também a forma como o medo e ansiedade dentária podem ser detetados e medidos quer na prática clínica quer para efeitos de investigação.

Outro aspeto fundamental que procuraremos pesquisar na literatura científica é a influência forte que a dor tem sobre o surgimento e perpetuação da ansiedade dentária, sendo que os seus aspetos fisiológicos objetivos, e a forma subjetiva como é percebida serão abordados, sem deixar de referir igualmente a forma como a dor pode ser medida.

Por fim, procuraremos recolher na literatura as estratégias recomendadas para lidar com a ansiedade dentária e a sua face mais visível: o comportamento não cooperante da criança. Serão abordados não apenas os aspetos circunscritos à esfera do ato clínico em si, mas também do “*setting*” envolvente, do papel desempenhado pelos pais e da importância da comunicação como matriz, onde se podem aplicar, estratégias mais específicas, de natureza comunicativa, farmacológica e/ou comportamental. Ao abordá-las, não podemos deixar de referir a importância da anestesia local, na diminuição da dor procedimental.

## II. DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Caracterização da ansiedade dentária

Neste capítulo serão abordadas as distinções entre ansiedade, medo e fobia dentárias e será feita a caracterização da população afetada. Iremos procurar compreender igualmente a interação que existe entre a ansiedade dentária e os problemas de comportamento no consultório dentário. Abordaremos também os modelos e teorias que explicam a forma como esta surge e se perpetua. Por fim serão referidos métodos de avaliar a ansiedade dentária na população.

#### 2.1.1 Distinção entre medo, ansiedade e fobia dentária

Os conceitos de medo dentário, ansiedade dentária e fobia dentária são muitas vezes usados de forma intercambiável na literatura (Klingberg & Broberg, 2007). No entanto, existem diferenças entre estes termos que importa clarificar o quanto antes.

O medo é definido, por Márquez-Rodríguez, Navarro-Lizaranzu, Cruz-Rodriguez e Gil-Flores (2004), como sendo uma perturbação angustiosa do ânimo face a uma situação perigosa real ou imaginária. Consiste numa reação emocional normal a um estímulo que é percebido como sendo ameaçador e é frequente ao longo das etapas iniciais do desenvolvimento infantil. Geralmente, os medos típicos que se encontram durante o desenvolvimento normal de uma criança, como o medo do escuro, de ruídos fortes, ou de pessoas estranhas são transitórios e são ultrapassados durante o desenvolvimento desta, (Mineka & Ohman, 2002), citado por Patrick McGrath & Allen Finley (2008). A reação de medo surge imediatamente após a exposição ao elemento desencadeador e não de forma antecipada. Igualmente relevante, é o facto de que a reação de medo é específica, ou seja, no caso do medo dentário, o elemento desencadeador não engloba todo o tratamento dentário, ou o todo o “*setting*”, mas é específico às agulhas, ou ao ruído da turbina, apenas para citar os exemplos mais frequentemente referidos na literatura (Rantavuori, Lahti, Hausen, Seppa e Karkkainen, 2004). Márquez-Rodríguez et al., (2004) acrescentam ainda que no medo existe uma tentativa de fuga face ao agente causal que, no caso concreto do medo dentário, se pode traduzir como comportamento disruptivo no consultório, e resistências comportamentais à execução do tratamento.

Márquez-Rodríguez et al., (2004) referem que o conceito mais aceite de ansiedade se refere a um complexo padrão de comportamento associado a uma ativação fisiológica que ocorre como resposta a estímulos internos (cognitivos e/ou somáticos) e externos (ambientais), que podem aparecer antes e durante o procedimento odontológico nos pacientes. A ansiedade comporta-se, no que diz respeito aos três aspetos referidos a propósito do medo, de forma diferente. O primeiro ponto prende-se com o facto de ansiedade seguir um padrão de comportamento antecipatório, evocado por uma situação pré aversiva, ou seja, apresenta-se de forma antecipada ao tratamento. A propósito deste ponto, Locker, Lidell, Dempster e Shapiro (1999) referem-se a um estudo de Davey (1997), no qual, o autor sugere que um dos mecanismos para aquisição das fobias é a tendência para focar a atenção e ensaiar mentalmente os eventuais resultados negativos, nos encontros com os objetos e eventos temidos. Indivíduos com traços de ansiedade processam seletivamente informação ameaçadora inflacionando o desconforto de um estímulo não condicionado, experienciando, com este mecanismo, respostas de maior magnitude. A segunda diferença consiste na generalização da resposta, evocada pelo contexto global do tratamento, no caso da ansiedade, que contrasta, como já foi referido, com os padrões discriminativos controlados por estímulos específicos durante o tratamento que se verificam no medo dentário. Singh, Moraes e Ambrosano (2000) específica relativamente a este ponto, que a ansiedade é uma resposta a situações nas quais a fonte de ameaça ao individuo não está bem definida, é ambígua, ou não está objetivamente presente. Por último, os elementos operantes/motores diferenciam-se por ser de evitamento do tratamento no caso da ansiedade, em contraste com a tentativa de escape do tratamento, no caso do medo (Márquez-Rodríguez et al., 2004).

O medo moderado e a ansiedade são experiências normais, que fazem parte do desenvolvimento, no entanto, podem tornar-se preocupantes e necessitar de um eventual tratamento, quando o medo e a ansiedade são desproporcionais face à ameaça real, e quando as atividades quotidianas ficam comprometidas (Klingberg & Broberg, 2007). Estes autores procuram clarificar esta distinção um pouco mais, ao afirmarem que o medo dentário é uma reação emocional normal face a um ou mais estímulos específicos, relacionados com o tratamento dentário, enquanto que, a ansiedade dentária denota um estado de apreensão de que algo negativo irá acontecer durante o tratamento, e é acompanhada por uma sensação de perda de controle. A fobia dentária consiste num tipo severo de ansiedade dentária, caracterizada por um sentimento marcado e persistente de

ansiedade relacionado a situações/objetos claramente identificados (brocas dentárias, injeções) ou à situação terapêutica no seu todo (Klingberg & Broberg, 2007).

A “*Diagnostic and Statistical Manual of Dental Disorders*” (DSM-IV) da Associação Americana de Psicologia tem como critérios para fobia: um medo marcado e persistente que é excessivo e irrazoável; a exposição ao estímulo fóbico desencadeia quase imediatamente uma resposta ansiosa; o indivíduo reconhece que o medo é excessivo ou irrazoável (este critério pode encontrar-se ausente em crianças); a situação fóbica é evitada ou suportada com ansiedade intensa ou pânico. Para além destes critérios, específicos da fobia, é necessário que se verifique igualmente o critério geral de desordem mental, sendo que o comprometimento das faculdades de uma ou mais áreas importantes do funcionamento se afigura como indicador de que esta condição se verifica. Assim sendo, de forma a poder fazer-se o diagnóstico de fobia dentária, o medo/ansiedade dentária tem de provocar o evitamento do tratamento necessário, ou a tolerância ao mesmo suportando um alto grau de sofrimento psicológico e em condições de tratamento ajustados (reencaminhamento para o departamento especializado de odontopediatria) (Klingberg & Broberg, 2007). Os autores (Armfield, Stewart e Spencer, 2007) referem que quase 70% das pessoas que se descreveram como tendo muito medo de ir ao dentista não faltam às consultas nem se dirigem ao Médico Dentista apenas quando têm sintomas. A explicação para este achado, segundo os autores, prende-se com o facto de estarmos a falar de pessoas com medo/ansiedade dentária, e não de pessoas com fobia dentária. Estas últimas, por definição iriam manifestar tendência para o evitamento, ou suportariam o medo com grande angústia. Segundo os autores, as pessoas que reportaram elevada ansiedade dentária, evitamento de visitar o dentista e impacto social e funcional significativos enquadrar-se-iam mais especificamente no grupo de pessoas com fobia dentária.

É geralmente aceite o conceito de que a ansiedade (aqui definida em termos latos, incluindo os conceitos de “medo” e “fobia”) é um constructo multidimensional que abrange elementos somáticos, emocionais e cognitivos (Klingberg & Broberg, 2007). Relativamente à componente somática, Graminha & Coelho (1994) sugerem que face à incapacidade da criança em enfrentar uma situação hostil, esta pode ser forçada a deslocar os sentimentos para o corpo ou para o ambiente. Rocha (2003) é citado por Bottan, Oglio e Araújo (2007), ao enumerar os sinais e sintomas somáticos mais

característicos de medo que seriam: transpiração excessiva; aumento da frequência cardíaca; aumento da pressão arterial; choro; distúrbios gastro intestinais; palidez da face; sensação de boca seca e tremores. No estudo de Bottan et al., (2007) as respostas mais evidenciadas, quer nos rapazes, quer nas raparigas, foram tremores e aceleração dos batimentos cardíacos. Relativamente à componente emocional e cognitiva, Klingberg e Broberg (2007) afirmam que o medo, desconforto e ansiedade são fenómenos abstratos, e lidar com estes implica uma capacidade cognitiva avançada, capacidade de exercer controlo intencional e regulação emocional. Raadal (1995), citado por Arnrup, Brogerg, Berggren e Bodin (2002), conclui que as raparigas com queixas somáticas e distúrbios ao nível do pensamento, clinicamente significativos, apresentam resultados mais elevados de ansiedade dentária.

Têm sido sugeridas várias hipóteses para a relevância e intensidade da ansiedade dentária (novamente empregue no seu sentido lato) em crianças. Uma destas teorias é sugerida por Cardoso & Loureiro (2005), que justificam a intensidade das reações negativas por parte das crianças ao tratamento dentário com a importância da boca como fonte de gratificação nos primeiros anos de vida, tal como tinha sido já sugerido por Giron em 1982.

Neste trabalho, à semelhança daquilo que se pode encontrar na maior parte da literatura científica que aborda estas questões, optaremos por empregar os termos “medo dentário” ou “ansiedade dentária” para nos referirmos a sentimentos negativos associados ao tratamento dentário em crianças e adolescentes, independentemente de se verificarem os critérios para fobia dentária ou não (Klingberg & Broberg, 2007).

## **2.1.2 Caracterização da população afetada pela ansiedade dentária**

Neste subcapítulo iremos procurar compreender qual é a extensão do problema da ansiedade dentária na população infantil, e a forma como algumas variáveis populacionais parecem ter influência sobre este problema.

### **2.1.2.1 Incidência**

Estão publicados inúmeros estudos que procuram determinar, quer seja esse o objectivo principal ou acessório do mesmo, qual a percentagem de crianças e/ou adolescentes

afetados pela ansiedade dentária. Os resultados são bastante divergentes, e estas variações têm sido atribuídas não só à heterogeneidade das populações analisadas, como também, e sobretudo, a diferenças nas escalas empregues para se obterem os resultados. Por vezes, mesmo utilizando uma mesma escala, os valores tomados como limiar (“*cutoff*”) para se considerar um sujeito ansioso variam consoante os autores. Klingberg & Broberg, (2007) referem, a propósito da amplamente utilizada escala “*Children`s Fear Survey Schedule - Dental Subscale*” (CFSS-DS), que o limiar para considerar uma criança como tendo ansiedade dentária é igual a 37, 38 ou 39 consoante o estudo. Na versão preenchida pelas crianças o limiar terá sido estabelecido em 37, apesar de outros estudos terem sugerido o score de 42 (Chellapah, 1990, citado por Klingberg & Broberg, 2007). Dada a multitude de estudos que procuram responder à questão supracitada, é relevante analisar os resultados obtidos por Klingberg & Broberg (2007) na sua avaliação criteriosa de estudos selecionados, publicados entre 1982 e o final de 2006. Nestes estudos, os autores constataram que a prevalência de ansiedade dentária se situou entre os 5,7% e os 19,5%, sendo que a média geral ficou nos 11,1% (de notar que a média baixou para os 10,3% quando se excluíram os estudos levados a cabo junto de populações carenciadas). Baier, Milgrom, Russell, Mancl e Yoshida (2004) referem que na última década os investigadores têm identificado ansiedade dentária em 6 a 22% das crianças. No entanto, alguns estudos identificaram valores bem mais elevados. Reis, Dias e Leal (2008), num estudo levado a cabo em crianças que acederam à clínica dentária do ISCSEM, concluíram que 36,7% das crianças apresentavam medo dentário. Os autores reconhecem que a percentagem de crianças com medo dentário é superior aos valores sugeridos pela literatura, e fornecem como explicação o facto de que muitas das crianças que recorrem ao departamento de odontopediatria desta clinica universitária serem encaminhados para esta instituição devido a “dificuldades encontradas no “*setting*” clínico e terapêutico” (Reis et al., 2008). Taani, El-Qaderi e Alhaija (2005) identificaram na Jordânia 43% de adolescentes como tendo ansiedade dentária, sendo que, destes, 10% apresentavam ansiedade severa. Bottan et al., (2007) identificaram, num estudo levado a cabo no Brasil, 84% dos sujeitos como tendo algum grau de ansiedade dentária, (sendo que as raparigas obtiveram, em média, scores ligeiramente mais elevados). Os graus moderado e exacerbado de ansiedade dentária situaram-se conjuntamente em 30% da amostra.

Quer os critérios de ansiedade dentária sejam mais estreitos, ou mais vagos, fica bem

claro com base nestes resultados que o problema da ansiedade dentária está longe de ser raro, e que qualquer Médico Dentista que atenda crianças e adolescentes se irá confrontar com este problema e as suas consequências durante a sua prática clínica.

### **2.1.2.2 Género**

Relativamente à diferença entre géneros, os estudos não são unânimes. Peretz, Nazarian e Bimstein (2004) referem estudos em que não terão sido encontradas diferenças significativas entre a ansiedade dentária e o género da criança ou adolescente. Moraes, Ambrosano e Possobon (2004) referem-se a um estudo, de Cesar et al., (1993), onde não foi identificada qualquer relação entre estas duas variáveis, no entanto, concluiu no seu estudo que as raparigas têm sete vezes mais ansiedade dentária do que os rapazes do mesmo escalão etário. Ten Berge, Hoogstraten e Veerkamp (1998), e Milgrom, Mancl, King e Weinstein (1995) identificaram, nos seus respetivos estudos, uma tendência das raparigas em serem mais ansiosas que os rapazes. Singh et al., (2000) justificam as diferenças obtidas ao nível do género com uma maior facilidade das raparigas em expressar as suas emoções, uma vez que não existem constrangimentos sociais a atuar no sentido oposto, ideia que também é apoiada por Townend, Dimigen e Fung (2000). Bottan, Pelegrini, Stein, Farias e Araújo (2008) constataram que apesar dos sujeitos do sexo feminino terem mais ansiedade, face à consulta dentária, têm maior tendência a frequentar as consultas agendadas do que os jovens do sexo masculino, o que pode indicar uma maior preocupação com a saúde oral. Meng, Heft, Bradley e Lang (2007) reforçam a mesma ideia, ao referir que vários estudos anteriores, afirmam que, apesar das raparigas serem em média mais ansiosas do que os rapazes, têm melhor higiene oral e aderem mais facilmente aos tratamentos propostos do que os rapazes.

### **2.1.2.3 Estrato socioeconómico**

Taani (2002) afirma que alguns estudos não encontraram relação entre ansiedade dentária e os níveis educacionais ou socioeconómicos (Milgrom et al., 1995; Fuks et al., 1993) enquanto que outras investigações conseguiram achar relação entre estas variáveis (Bedi et al., 1993 e Klingberg & Hwang, 1994). Townend et al. (2000) encontraram uma relação positiva entre classe socioeconómica e ansiedade dentária, sendo que as crianças oriundas de meios mais desfavorecidos apresentaram níveis de ansiedade mais elevados do que as crianças provenientes de meios mais favorecidos. No estudo de Taani (2002), levado a cabo na Jordânia, com 1000 crianças em idade escolar,

a autora concluiu que as crianças oriundas das classes mais baixas (escolas públicas) apresentaram níveis de ansiedade mais elevados do que as crianças pertencentes a um grupo socioeconômico mais alto (escolas privadas).

#### **2.1.2.4 Idade e a sua relação com a ansiedade dentária**

Vários estudos defendem que uma grande percentagem dos problemas de medo e ansiedade dentária surgem na primeira infância (Berge, 2001, citado por Reis et al., 2008) e, portanto, as crianças mais novas (Klingberg, Lofqvist e Hwang, 1995 e ten Berge et al., 1998) apresentam um maior nível de ansiedade dentária (Baier et al., 2004). Estudos revelam que em 60% dos casos a primeira experiência dentária desagradável ocorre durante a infância ou adolescência e, quem vive este tipo de experiências, tem uma probabilidade 22,4 vezes maior de vir a desenvolver ansiedade dentária do que aqueles que não a viveram (Locker, 1996, citado por Zelaya & Parra, 2005).



Figura 1: Desenho de uma criança no dentista. Adaptado de Kupietzky, (2004)

Baier et al., (2004) afirmam, com base em Milgrom (1995), que a origem da maioria das ansiedades dentárias surgem na infância e é nessa fase que devem ser prevenidas. Os autores sugerem por isso a detecção precoce da ansiedade dentária, usando escalas especialmente concebidas para esse efeito, de forma a agir precocemente no sentido de

aliviar o medo e a ansiedade, tal como preconizado pelas *Guidelines* para Gestão de Comportamento da Academia Americana de Odontopediatria. (Baier et al., 2004). Cardoso & Loureiro (2005) citam Corkey & Friman (1994) que justificam a diminuição da ansiedade face ao tratamento dentário, a partir dos 6 ou 7 anos de idade, com o desenvolvimento psicológico que se manifesta igualmente por uma maior independência dos pais, boa relação com os pares e com bom controlo vesical e regulação do sono. Poderia, para os autores, ser sinal de imaturidade psicológica a manutenção de elevados níveis de *stress* a partir dessa idade.

Locker et al., (1999) rebatem a ideia de que a ansiedade dentária é originada exclusivamente na infância e persiste até à idade adulta. Contrariam esta concepção com estudos como o de Ost (1987), citado por Locker et al., (1999), que encontrou quase 20% de indivíduos nos quais a ansiedade dentária surgiu depois dos 14 anos de idade. De forma semelhante Milgrom (1988), citado por Locker et al., (1999), encontrou que 33% da amostra se tornou ansiosa durante a adolescência ou idade adulta. No seu estudo, Locker et al., (1999) verificaram que apenas metade dos sujeitos identificou a origem da sua ansiedade dentária na infância, sendo que 20% referiu a origem na adolescência e os restantes na idade adulta. Deve ressaltar-se, no entanto, que relativamente à severidade da ansiedade dentária, os autores verificaram que esta tem valores mais elevados quando surge na infância. Rantavuori (2004) encontra uma relação entre a ansiedade dentária e a idade, mas os resultados foram o oposto daquilo que geralmente é referido na literatura, ou seja, neste caso particular as crianças mais velhas apresentaram maiores níveis de ansiedade dentária do que as crianças mais novas. Semelhantemente, Moraes et al., (2004) referem-se a um estudo de Cesar (1993) que identificou níveis mais elevados de medo em crianças mais velhas. Pode igualmente referir-se o estudo de Singh et al., (2000) que também identificaram valores de ansiedade dentária mais elevados nas crianças com idades entre os 11 e 13 anos do que nas crianças mais novas (idades entre os 7 e os 9 anos). Relativamente ao facto de as crianças mais velhas serem por vezes mais temerosas, os autores colocam a hipótese de este grupo ter sido submetido mais vezes a serviços curativos invasivos que originariam mais medo por um mecanismo de condicionamento direto (Singh et al., 2000). Abrahamsson, Berggren, Hallbrg e Carlsson (2002) sugerem que a ansiedade dentária surge normalmente na infância, atinge o seu pico máximo no início da idade adulta e declina com a idade.

### **2.1.2.5 Inteligência e maturidade**

Quando nos referimos à variável idade, estamos implicitamente a remeter-nos para uma generalização, que nem sempre pode ser aplicada, na medida em que nem todas as crianças têm a mesma maturidade e nível de inteligência. Estes dois fatores devem ser tomados em linha de conta quando se aborda a questão da ansiedade dentária. Tal como já foi referido anteriormente, certos autores consideram que a manutenção de níveis elevados de ansiedade a partir dos 6 ou 7 anos de idade revelam imaturidade psicológica. Relativamente à inteligência, Rud & Kisling (1973) sugerem que as crianças mais novas têm maior relutância em aceitar o tratamento do que as crianças mais velhas com uma inteligência normal. As crianças com QI inferior a 68 seriam 20 a 30% mais relutantes em aceitar o tratamento do que crianças com QI acima desse limiar. Num estudo espanhol, a inteligência geral foi considerada mais fortemente associada à ansiedade dentária do que os fatores de personalidade (Toledano, 1995, citado por Arnrup et al., 2002).

### **2.1.2.6 Personalidade**

Klingberg & Broberg (2007) referem que diversos estudos demonstram que, na génese multifatorial da ansiedade dentária e dos problemas de comportamento durante o tratamento dentário, se podem encontrar o temperamento, comportamento geral, e dificuldades ao nível da capacidade de manter a concentração. Como se verá adiante, a ansiedade e os problemas de comportamento estão frequentemente relacionados. Estudos americanos levados a cabo com crianças de tenra idade mostram que as crianças com tendência para se mostrarem abordáveis (“*approachable*”) de acordo com a “*Toddler Temperament Scale*” tinham mais tendência a mostrar comportamento cooperante do que crianças com tendência ao evitamento (Klingberg & Broberg, 1998). Ao nível do temperamento, as crianças com níveis elevados de ansiedade apresentam geralmente timidez, inibição e emoções negativas. As crianças com problemas de comportamento apresentam em termos do seu temperamento, maior tendência para a atividade e impulsividade (Klingberg & Broberg, 2007).

### **2.1.2.7 Estilos de vinculação**

A teoria da vinculação de Bowlby defende que a relação estabelecida precocemente entre a criança e o seu prestador de cuidados (geralmente os pais, e de forma particular, a mãe) pode formar uma plataforma segura sobre as quais a criança poderá organizar as

suas experiências e lidar com o *stress*. A responsividade dos pais e disponibilidade para acudir a criança em momentos de aflição vai determinar o tipo de vinculação que se vai formar. Ainsworth (1978), citado por Eli, Bath e Blacher (2004) identificou três estilos de vinculação: seguro, ambivalente e evitante. As crianças com uma vinculação segura têm maior confiança na disponibilidade e capacidade da mãe (ou prestador de cuidados) em atender às suas necessidades. As experiências precoces vão tornar-se representações internas que vão organizar a cognição, os afectos e o comportamento ao longo da vida. Estes modelos de funcionamento, baseados na vinculação, têm sido identificados como influenciando a forma como os adultos lidam com as suas angústias e as suas emoções em situações difíceis. Uma vinculação insegura leva a uma maior susceptibilidade ao *stress*, pelo que pode influenciar a forma como os sujeitos vão lidar com a ansiedade dentária. Eli et al., (2004) confirmaram, empiricamente, que os sujeitos com uma vinculação segura tinham mais facilidade em integrar uma experiência dentária positiva e atraumática, modulando, assim, a sua ansiedade dentária, do que os sujeitos com uma vinculação evitante ou ambivalente.

#### **2.1.2.8 Psicopatologia**

Cerca de 5% da população infantil sofre de distúrbios neuropsiquiátricos, pelo que é frequente o Médico Dentista deparar-se com crianças e adolescentes que apresentam este tipo de problemas, ainda que muitas vezes não diagnosticados previamente (Klingberg & Broberg, 2007). Relativamente à população geral, Milgrom et al., (1995) referem a conclusão de Roy-Byrne (1994) que verificaram que existe uma grande heterogeneidade nos pacientes com ansiedade dentária, sendo que 40% destes apresentam condições psiquiátricas, sobretudo distúrbios de ansiedade e de humor (Roy-Byrne, Milgrom, Tay, Weinstein & Katon, 1994, citado por Milgrom et al., 1995). Klingberg e Broberg (2007) afirmam que as crianças em risco de desenvolver desordens de internalização como a ansiedade, depressão, problemas psicossomáticos, entre outras, tendem a obter scores mais elevados nas escalas de ansiedade. Problemas de défice de atenção têm sido associados à recusa do tratamento dentário por parte da criança. (Raadal, 1995, citado por Arnrup et al., 2002). Armfield et al., (2007) referem que há evidência na literatura que suporta a existência de ideações catastróficas entre as pessoas com ansiedade dentária, e acredita-se que este facto tem influência sobre a forma como o sujeito vai viver a angústia física e emocional, assim também como a intensidade de dor que vai experienciar. Graminha & Coelho (1994) referem que as

crianças não cooperantes apresentam frequentemente dificuldades de fala, gaguez, crises respiratórias, têm maior tendência a chuchar no dedo e mostrar um comportamento de dependência da mãe. Um dos fatores mais recorrentemente referidos na literatura científica é o dos medos generalizados, referidos por inúmeros autores (Melamed & Cuthbert, 1982; Brown, 1986; Murray, 1989; Bedi, 1992; Klingberg, 1995 e Milgrom, 1995, citados por Townend et al., 2000). Nos pacientes com medos generalizados, identificam-se medos múltiplos que incluem também o medo/ansiedade dentária, mas não se limitam a este. A percentagem de pacientes com a ansiedade dentária que possuem medos generalizados é relevante, segundo os autores referidos. As crianças mais novas, e as crianças com outros medos e fobias apresentavam 2.7 e 1.6 vezes maior probabilidade de exibirem comportamento negativo, respetivamente de acordo com um estudo de Baier et al., (2004).

#### **2.1.2.9 Estado de saúde oral**

A literatura apresenta amplas evidências que suportam a ideia de que os sujeitos com níveis elevados de ansiedade dentária têm uma pior saúde oral. As crianças com maiores níveis de ansiedade dentária têm maior número de dentes cariados e uma maior quantidade de dentes não submetidos a tratamento (Rantavuori, 2004; Townend, 2000 e Kinirons & Stewart, 1998, citados por Zelaya & Parra, 2005). Schuller & Holst (2003) identificaram, num estudo levado a cabo na população adulta da Noruega, que os indivíduos com maior nível de ansiedade dentária apresentam um número significativamente maior de superfícies dentárias cariadas, dentes cariados e dentes ausentes e um número significativamente inferior de superfícies dentárias restauradas, dentes restaurados, superfícies dentárias íntegras e peças dentárias intactas. Os autores sugerem que estas diferenças se devem ao facto de os pacientes temerosos optarem mais frequentemente pelas exodontias do que pelas restaurações dos dentes afetados. Armfield et al., (2007) referem-se ao estudo de Schuller (2003) e Thomson (1996), para fortalecer a ideia de que os indivíduos com ansiedade dentária têm, para além de um maior número de dentes cariados e perdidos, maior número de visitas para solucionar um problema oral específico, mais limitações a nível funcional e social e visitas ao dentista menos frequentes (ideia corroborada igualmente por Bottan et al., 2008). Del Rey & Pacini (2005), citados por Bottan et al., (2008), deram conta de que os sujeitos com medo de tratamento odontológico demoram, em média, 19 anos para irem a uma consulta, enquanto as pessoas não fóbicas levam aproximadamente 3 anos. Bottan

acrescenta, que os pacientes ansiosos são mais frequentemente alvo de procedimentos curativos do que preventivos. Meng et al., (2007) referem que há estudos que associam ansiedade dentária com pior qualidade de vida relacionada com saúde oral e comprometimento da saúde psicossocial manifestada sob a forma de baixa autoestima e estado de ânimo abatido.

### **2.1.3 Ansiedade e controle**

Singh et al., (2000), citam Pessotti (1978), que refere que a ansiedade envolve algum grau de incerteza ou dúvida e alguma forma de impotência do organismo, face a uma dada conjuntura. Logan (1991), também citado por Singh et al.,(2000), aponta para a falta de controlo como um fator de risco para medos diretamente condicionados. O fator controle refere-se a situações em que o individuo percebe que tem no seu repertório condutas que podem diminuir ou eliminar um evento aversivo presente. Um estudo de Weinstein (1996), referido por Singh et al., (2000), criou um dispositivo que permitia à criança dar sinais de alerta quando esta se sentia assustada ou ansiosa durante o procedimento. Este método ofereceu-lhes uma sensação de controlo e uma forma de fuga que foi usado por todas as crianças, apesar de terem sido as mais novas a depositar na sinalização um maior grau de confiança. Cardoso, Loureiro e Nelson-Filho (2004) citam Giron (1988) que observou que os pacientes pediátricos não têm escolha e são levados pelos seus pais para o tratamento dentário. A manifestação de medo pelo choro, pela recusa de abrir a boca, o vômito, o espernear, podem ser vistos como uma resposta face ao limitado controle que sentem possuir.

### **2.1.4 Relação entre problemas de comportamento e ansiedade dentária**

Os problemas de gestão de comportamento dentário (DBMP- “*Dental Behaviour Management Problems*”) são definidos pela experiência do Médico Dentista ao tratar o paciente. Este é um termo geral que engloba a ausência de cooperação e os comportamentos disruptivos, que obrigam o tratamento a sofrer atraso ou a ser interrompido, independentemente do tipo de comportamento ou dos seus mecanismos subjacentes (Klingberg & Broberg, 2007).

O medo é uma reação normal numa criança exposta a um contexto desconhecido, e os problemas de comportamento podem ser vistos como reações adequadas face à sensação

de falta de controlo, dor ou face a um estranho que não dá a atenção e/ou respeito à criança (Klingberg & Broberg, 2007). Quando esta não é cooperante devemos tentar compreender o motivo, e tentar ajudá-la. Regra geral, a criança quer ter um comportamento correto, mas é incapaz de o fazer. Estritamente falando, os problemas de comportamento não surgem exclusivamente da criança, mas da relação que se estabelece entre esta e o Médico Dentista. Apesar disso, os problemas de comportamento são o motivo mais frequente para o reenvio à especialidade, sendo que os pacientes portadores de cáries com problemas de comportamento constituem 37% de todos os reencaminhamentos (Klingberg & Broberg, 2007). Estes autores identificaram que 9,5% das crianças apresentaram DBMP pelo menos uma vez no período em que decorreu o estudo. Neste mesmo estudo, 6,5% apresentaram ansiedade dentária de acordo com os resultados obtidos aplicando o CFSS-DS (escala de medição da ansiedade infantil amplamente empregue na literatura). Neste estudo, as crianças que apresentaram problemas de comportamento apresentaram níveis de ansiedade dentária superiores ao das crianças sem DBMP, no entanto o valor médio situou-se abaixo do limiar a partir do qual se pode considerar que a criança apresenta ansiedade dentária. Os problemas de comportamento foram mais comuns em crianças com ansiedade dentária do que nas restantes (61%, em contraste com os 7,4% encontrados na amostra total).

A Escala de avaliação do comportamento da criança durante o tratamento dentário, de Frankl (1962), adaptado por Barros em 2005, é uma escala com boa validade e amplamente aplicada (Baier, 2004, citado por Reis et al., 2008), que permite uma avaliação global do comportamento da criança “obtendo-se, assim, uma avaliação holística do seu comportamento no “*setting*” da consulta (Klorman, 1973, citado por Reis et al., 2008). Esta escala permite avaliar o comportamento exibido em definitivamente positivo, positivo, negativo ou definitivamente negativo (Reis et al., 2008). Baier et al., (2004) relataram que a percentagem de crianças que exibiu comportamento negativo, quando avaliados com a escala de Frankl, foi de 21%, sendo que 14% apresentaram um comportamento “negativo” e 7% “claramente negativo”.

Os autores acrescentaram ainda que as crianças com ansiedade dentária têm 2,4 vezes maior probabilidade de ter um comportamento negativo do que as crianças que não têm ansiedade dentária (Baier et al., 2004). Num estudo levado a cabo na Suécia por Klingberg, Berggren, Carlsson e Norén (1995) verificou-se uma sobreposição parcial

entre a ansiedade e o comportamento disruptivo, na medida em que 27% das crianças com problemas de comportamento tinham ansiedade dentária, e 61% das crianças com ansiedade dentária manifestavam problemas de comportamento. Frequentemente os problemas de gestão de comportamento e ansiedade dentária encontram-se emparelhados, mas esta relação não se verifica em todas as situações. Crianças com medo relativamente aos procedimentos dentários nem sempre manifestam o seu receio durante o tratamento, e crianças que levantam problemas ao nível do seu comportamento no contexto clínico podem fazê-lo por outros motivos que não a ansiedade dentária. Arnrup et al., (2002) referem, relativamente às crianças com problemas de comportamento, que podem ser identificados subgrupos com diferentes perfis em termos do comportamento exibido, temperamento e ansiedade, formando-se desta forma a imagem de que este grupo é bastante heterogéneo. Estes autores identificaram, por exemplo, neste grupo de crianças uma maior impulsividade. Segundo Klingberg et al., (1998) as crianças com ansiedade dentária mostram-se frequentemente tímidas e silenciosas durante a consulta, e assumem uma postura passiva durante o tratamento enquanto que as crianças com problemas de comportamento, por sua vez, são mais expansivas e podem adotar uma postura rebelde. Segundo Klingberg, Berggren, Carlsson e Norén (1995), os motivos para estes problemas de comportamento podem estar relacionados com deficiências mentais, hiperatividade, períodos de desenvolvimento caracterizados por comportamento obstinado, ou a ausência do estabelecimento de limites por parte dos pais, (Klingberg et al., 1995).

A literatura parece sugerir que os problemas de comportamento, tal como a ansiedade dentária, declinam com a idade. Reis et al., (2008) referem que apenas 6,6% da amostra estudada apresentou um comportamento negativo, sendo que se pôde verificar que a média de idades deste grupo era inferior ao das crianças que apresentaram um bom comportamento. Segundo Hutfless & Larzalere (2003), citados por Reis et al., (2008), o único fator preditivo do comportamento não cooperante é a idade, sendo que as crianças mais novas manifestam geralmente maior resistência ao tratamento do que as mais velhas. Holst, em 1988, referiu que problemas de gestão de comportamento no contexto clínico estavam relacionados com a idade, experiências dentárias negativas prévias, ansiedade na presença de pessoas estranhas e ansiedade dentária na família (Holst, 1988, citado por Klingberg, et al., 1995).

Deve salientar-se, que a ansiedade dentária e os problemas de comportamento, representam um grande nível de *stress* não só para a criança, mas também para os pais e para o próprio staff médico. Cardoso & Loureiro (2005) citam Jacob (1998) na afirmação de que o *stress* vivenciado pelo paciente amplia o seu medo e a sua percepção da dor, diminuindo a sua capacidade de cooperar com o tratamento, gerando um ciclo vicioso que nem sempre é fácil de interromper. Cardoso et al., (2004) observou que a maioria das mães de crianças que tiveram de ser imobilizadas fisicamente para que se pudesse efetuar o tratamento manifestaram altos níveis de *stress*, e existem evidências que apontam para o facto de não ser necessário chegar a este extremo para que surja algum nível de desconforto por parte dos pais. Zelaya & Parra, (2005) referem-se aos estudos de ten Berge (1999) e Humphris & Peacock, (1993) para transmitir a ideia de que o tratamento de pacientes com ansiedade dentária é um dos aspetos que mais causam *stress* ao Médico Dentista.

### **2.1.5 Teoria da aquisição da ansiedade de Rachman**

Vários autores têm utilizado a teoria de aquisição da ansiedade de Rachman (1977) como modelo explicativo para o surgimento da ansiedade em crianças e adultos. McGrath & Finley, (2008) sumarizam a teoria dizendo que esta propõe que os medos são aprendidos através de uma ou mais das seguintes vias; condicionamento direto, aprendizagem vicariante e/ou instruções/informações negativas. Estas vias de aquisição do medo têm em comum serem vias de aprendizagem ambiental. Deve no entanto contemplar-se, igualmente, vias não associativas, como os mecanismos genéticos e o da prontidão biológica (“*biological preparedness*”).

#### **2.1.5.1 Condicionamento direto**

A via de aquisição mais frequentemente referida, e que parece ter mais peso para explicar o surgimento da ansiedade dentária, é o condicionamento direto. Rantavuori et al., (2002) refere que a ansiedade dentária pode ter uma origem interna ou externa, sendo que, neste último caso, pode surgir devido a condicionamento simples decorrente de uma experiência dentária desagradável prévia, vivida de forma direta ou indireta. A maioria dos pacientes refere que a sua ansiedade teve origem em condicionamento direto (Rantavuori et al., 2002). De acordo com os modelos de condicionamento precoce para a aquisição do medo, uma única exposição a um estímulo (“*cue*”)

associado a um evento altamente aversivo, pode levar o indivíduo a desenvolver medo face a esse mesmo estímulo. Tomando como exemplo o medo às agulhas, o sujeito desenvolve medo condicionado à agulha porque este aprendeu a esperar dor tátil (estímulo não condicionado) no seguimento de um procedimento envolvendo agulhas (estímulo condicionado). Este condicionamento relativamente às agulhas, pode ter sido adquirido, por exemplo, no contexto de uma vacinação, e manifestar-se num consultório dentário quando a criança se depara com as agulhas usadas para administrar a anestesia local. O papel da dor na génese e manutenção da ansiedade dentária não é de menosprezar, e será abordado mais adiante de forma mais aprofundada. A teoria bifatorial do desenvolvimento de fobias de Mowrer, (1960) citada por Patrick McGrath & Allen Finley (2008), sugere que o medo excessivo é o resultado de uma experiência de condicionamento direto e que a sua manutenção se deve a comportamentos de evitamento. Milgrom et al., (1995) defendem que o medo clinicamente significativo e o evitamento às consultas de medicina dentária têm uma prevalência elevada e são atribuídos principalmente ao condicionamento direto associado a experiências de tratamento aversivo durante a infância (Milgrom, Weinstein, Kleinknecht e Getz, 1985; Milgrom, Fiset, Melnick e Weinstein, 1988; citados por Milgrom et al., 1995). Existe algum suporte para a teoria do condicionamento clássico. Ost (1987), citado por Locker et al., (1999), sugere que até 80% das ansiedades dentárias, clinicamente significativas, são adquiridas diretamente. Duff & Brownlee (1999), citado por Patrick McGrath & Allen Finley (2008), conduziram um estudo em crianças e adolescentes que concluiu que 63% da amostra se recordava de haver experienciado uma injeção desagradável e dolorosa no seu passado. Destes, 46% classificava-se como tendo níveis “altos” ou “muito altos” de medo às agulhas. É relevante notar também, que a intervenção terapêutica mais eficaz contra as fobias (terapia por exposição, - “*exposure therapy*”) baseia-se em princípios de condicionamento. A via do condicionamento tem sido fundamentada por adultos com ansiedade dentária que remetem a origem dos seus receios a experiências dentárias vividas no passado. (Lautch, 1971; Ost & Hugdahl, 1985 e Moore, 1991, citados por Townend et al., 2000). Os estudos envolvendo crianças obtiveram resultados mais ambíguos. Townend et al., (2000) explica que algumas investigações, como a levado a cabo por Milgrom et al., (1995), obtiveram resultados que vão ao encontro daquilo que se verifica com adultos. O medo dentário é mais frequente em crianças que sofreram extrações dentárias no passado (Milsom, 2003, citado por Zelaya & Parra, 2005), ou numa primeira visita problemática (Rantavuori et

al., 2002). Locker et al., (1999) encontraram que independentemente da idade em que surgisse a ansiedade dentária as experiências dentárias negativas, a ocorrerem, teriam sempre importância no surgimento do medo. A primeira visita, ao Médico Dentista, pode ser determinante nas atitudes e crenças que a criança vai desenvolver face ao tratamento dentário. Uma primeira consulta desagradável pode influenciar negativamente as que irão ocorrer no futuro, podendo originar ansiedade dentária. Os dados parecem apontar para que a natureza da experiência negativa seja mais determinante para o surgimento da ansiedade dentária do que a idade em que ocorreu esse evento (Rantavuori et al., 2002). Mas há autores como Bedi et al., (1992) e Klinberg et al. (1995) que concluíram que o papel desempenhado pelo condicionamento é pouco significativo. Alguns autores concluíram inclusivamente o oposto, defendendo que as experiências dentárias podem atuar de forma profilática, diminuindo a ansiedade dentária (Brown, 1995; Murray, 1989, citados de Townend et al., 2000).

Esta aparente incongruência pode ser explicada à luz do fenómeno da inibição latente. Locker et al., (1999) referem-se à hipótese da inibição latente sugerida por Davey (1989) que defende que a ocorrência de uma experiência traumática será tanto mais grave quanto menos consultas inócuas tiverem ocorrido previamente. Estudos verificaram que, as crianças com maiores níveis de ansiedade haviam tido a sua primeira experiência dentária traumática nos seus primeiros contactos com o Médico Dentista, enquanto que os menos ansiosos haviam tido mais consultas atraumáticas previamente. Reis et al., (2008) refere, neste sentido, que a literatura sugere que as crianças com “pouco medo” tiveram no seu passado, em geral, mais consultas não invasivas antes das consultas curativas do que as crianças avaliadas como tendo “muito medo” (Reis et al., 2008). Este efeito da experiência prévia, interpretada em termos do fenómeno de inibição latente, pode ajudar a explicar o motivo pelo qual muitas vezes não se encontra relação entre experiências dentárias invasivas e a ansiedade dentária (Davey, 1989; citado por Zelaya & Parra, 2005). A inibição latente opõe-se aos fatores que contribuem para a formação de ansiedade dentária. Esta teoria defende que, quando o sujeito experiencia várias consultas “positivas”, ganha recursos que o auxiliam a lidar com uma consulta eventualmente desagradável. (Klaussen, VeerKamp e Hoogstraten, 2007). Apesar do fenómeno de inibição latente poder enquadrar em parte alguns resultados aparentemente detratores da via do condicionamento direto, vários investigadores, ainda assim, destacam limitações à via do condicionamento direto. Muitos adultos com medos

intensos e fobias, não se recordam de um evento específico desagradável que possa ter levado à aprendizagem do medo por condicionamento (Mc Nally & Steketee, 1985, citado por McGrath & Finley, 2008). Além disso, muitos indivíduos expostos a experiências traumáticas não desenvolvem desordens de ansiedade (Poulton & Menzies, 2002, citado por McGrath & Finley, 2008). Estas críticas e observações levam a que se tenha de reconhecer que o condicionamento direto pode não explicar suficientemente o desenvolvimento de todas as fobias.

### **2.1.5.2 Condicionamento indireto**

Grande parte das pesquisas levadas a cabo, relativamente à ansiedade dentária, debruçam-se sobre o processo de condicionamento direto (Brown, 1986; Murray, 1989; Bedi, 1992; Klingberg, 1995; Milgrom, 1995 e Poulton, 1997, citados por Townend et al., 2000). No entanto, as vias de modelamento (aprendizagem vicariante) e informações/instruções negativas não têm sido adequadamente estudadas, devido a um aparente desconhecimento destes conceitos que são ignorados ou incorretamente abordados.

A aprendizagem vicariante ou condicionamento indireto, consiste na aquisição indireta do medo mediante a observação das respostas de medo de outros indivíduos. Pode dizer-se que é um medo aprendido. Encontra-se bem fundamentado na literatura o fenómeno de “referenciação social” nas crianças, na qual estas buscam ativamente informação emocional junto dos prestadores de cuidados, utilizando-a para avaliar situações novas (Feinman, 1992, citado por McGrath & Finley, 2008). Este conceito acaba assim por incluir o condicionamento indireto, mas estende-se para além dele.

Vários estudos apontam para uma relação positiva entre a ansiedade dentária da criança e dos seus familiares por condicionamento indireto (Rantavuori, 2004). A via de modelação tem sido fundamentada por estudos com adultos que apresentam ansiedade dentária, como por exemplo um estudo de Ost & Hugdahl (1985), citado por Townend et al., (2000), no qual se verificou que alguns adultos com ansiedade dentária remetiam a origem deste medo a experiências vicariantes na infância. Em 2007, Askew e Field conduziram um estudo no qual a aprendizagem vicariante é demonstrada. Foram criadas imagens de animais fictícios, aos quais se emparelharam expressões faciais de medo, de felicidade ou de neutralidade. O perigo associado a cada animal pelas crianças foi maior

para aquelas que tinham sido associadas a expressões faciais de medo, e influenciou a sua percepção de perigo, mesmo passados 3 meses (McGrath & Finley, 2008). Num estudo de Goodman & McGrath de 2003, citado por McGrath e Finley (2008), as mães foram instruídas para demonstrar respostas de dor exageradas ou mínimas face a um estímulo tátil padronizado na presença dos seus filhos em idade pré-escolar. Submetidos ao mesmo estímulo tátil, as expressões faciais de dor exibidas pelas crianças foram mais frequentes e intensas nos casos em que as respetivas mães haviam tido reações de dor exagerada.

As mães afiguram-se como os modelos mais prováveis para a transmissão de ansiedade (Muris, 1996, citado por Townend et al., 2000). Diversos estudos identificaram de forma consistente uma ligação forte entre traços de ansiedade nas mães e o comportamento ansioso das crianças (Johnson, 1968; Johnson & Baldwin, 1969; Johnson & Machen, 1973; Wright & Alpern, 1971 e Koenigsberg & Johnston, 1975, citados por Townend, 2000). Milgrom et al., (1994) e Klingberg et al., (1995) reconhecem que apesar da etiologia da ansiedade dentária ser multifatorial, a literatura sugere que a influência das mães é importante. As mães são os prestadores de cuidados mais importantes para as crianças, e podem contribuir para ensiná-las a desenvolver medo através das vias de modelação, informação, reforço ou mesmo através de formas subtis de comunicação (Greenbaum, 1986; citado por Townend et al., 2000). Rantavuori (2004) levou a cabo um estudo no qual se concluiu que as crianças cujos pais apresentavam ansiedade dentária tinham maiores probabilidades de apresentar medo da consulta no dentista. Peretz et al., (2004) chega às mesmas conclusões e acrescenta que as mães apresentam maior ansiedade dentária que os pais, que os seus níveis de ansiedade podem interferir negativamente no decurso da consulta, ideia que é reforçada por Klaussen et al., (2007), e que um envolvimento excessivo dos pais pode promover a ansiedade dentária de forma duradoura. Cardoso et al., (2004) menciona Venham (1979) que referiu que a capacidade da criança em tolerar e lidar com o *stress* parece ser facilitada quando fazem parte de uma família estruturada, as mães são compreensivas e auto confiantes e o pai é capaz de impor limites. Locker e colegas, defendem que a ansiedade dentária na família só tem importância durante a infância. Para estes, o surgimento da ansiedade dentária na adolescência estava associado a traços de ansiedade e na idade adulta a múltiplos medos severos e a sintomas indicativos de doença psiquiátrica. Os autores sugerem que o surgimento da ansiedade na idade infantil enquadra-se mais em fatores etiológicos

exógenos, enquanto que na idade adulta os fatores preponderantes são de origem endógena. (Locker et al., 1999). Esta associação entre a ansiedade dos pais e dos filhos não é encontrada em todos os estudos (Klingberg et al., 1995). Townend et al. (2000) refere, no entanto, que apesar destes dados serem frequentemente usados para fundamentar a influência da modelação, na aquisição da ansiedade dentária, Bandura (1969) e Rachman (1977) defenderam que a modelação surge da observação direta, e que isso não se verifica em todos os estudos. A influência dos pais, e de forma particular a mãe, na génese de ansiedade nas crianças encontra-se amplamente fundamentada na literatura, no entanto importa deixar claro que quando nos referimos a “modelação” ou “condicionamento indireto”, nos referimos à observação direta de um comportamento de outra pessoa, neste caso, da mãe. Alguns estudos, portanto, acabam por demonstrar mais o papel da já mencionada “referenciação social” do que propriamente do papel desempenhado pela modelação. Igualmente importante é o estudo de Townend et al., (2000) no qual foi possível verificar que as mães de crianças ansiosas manifestavam maiores níveis de ansiedade do que as mães de crianças não ansiosas durante a consulta dentária (estado de ansiedade). No entanto, as primeiras não apresentavam níveis mais elevados de ansiedade no seu quotidiano (ansiedade traço) do que as últimas. Os autores interpretaram que as mães se mostraram ansiosas devido à ansiedade da criança, por empatia, e não o inverso, suportando esta ideia com o facto de que as crianças, quando questionadas, mostraram desconhecer qual o estado emocional das mães, julgando que elas estavam descontraídas. Esta hipótese é credível, e pode pôr em causa as conclusões obtidas em alguns dos estudos referidos anteriormente que procuram relacionar a transmissão da ansiedade dos pais para os filhos, sugerindo por vezes, nexos de causalidade que podem não corresponder à realidade.

### **2.1.5.3 Instruções/informações negativas**

Informação negativa acerca de um determinado estímulo, pode explicar o desenvolvimento e exacerbação de medo face a situações e objetos com os quais o sujeito não teve contacto direto no passado (Field, 2001, citado por McGrath & Finley, 2008). Na eventualidade de haver contacto com o estímulo posteriormente, é provável que venha a ocorrer uma reação de medo. (Davey, 1992, citado por McGrath & Finley, 2008). O medo induzido por informação pode levar ao evitamento do estímulo ou situação em causa, reduzindo com isso as possibilidades de corrigir expectativas incorretas e favorecendo a sua persistência (Field e Lawson, 2003, citado por McGrath

& Finley, 2008). A via da informação negativa tem sido investigada, ao questionar-se as crianças se elas tinham ouvido ou visto nos *media*, na escola ou em casa algo que as tivesse provocado medo (Ollendick & King, 1991), ou se conheciam pessoas que tivessem muito medo de uma situação em particular (Bedi, 1992, citado por Townend et al., 2000). Apesar de alguns estudos terem identificado que muitos medos infantis surgem de informação negativa acerca desses elementos ansiogénicos, a ansiedade dentária não foi abordada especificamente. Esta via é no entanto aceite como uma das formas de aquisição do medo, apesar de serem poucos os estudos que o demonstrem empiricamente. Uma exceção, é o estudo de Bedi et al. (1992) que identificou níveis elevados de ansiedade dentária, em adolescentes que conheciam muitas pessoas com ansiedade dentária (Townend et al., 2000).

#### **2.1.5.4 Vias não associativas**

As vias não associativas incluem a prontidão biológica e os fatores genéticos. Relativamente à prontidão biológica, pensa-se que certos medos são inatos, tais como o medo das alturas, de estranhos ou de ruídos fortes (Poulton & Menzies, 2002, citados por McGrath & Finley, 2008). Apesar de algumas destas respostas de medo apresentarem vantagens evolutivas na medida em que ajudam o indivíduo a evitar situações de perigo, são geralmente ultrapassadas à medida que o indivíduo se torna mais maduro, assumindo respostas mais adaptativas (Mineka & Ohman). De forma semelhante, o medo da dor e da lesão são universais e têm uma função protetora, permitindo o evitamento de situações de perigo (Poulton & Menzies, 2002). Relativamente à componente genética, estudos com gémeos concluíram que as respostas de medo de um dos elementos da fratria de gémeos poderia ser predita pela forma como reagiu o outro elemento, face ao mesmo estímulo (Rose & Ditto, 1983, citados por McGrath & Finley, 2008 e Stevenson, 1992). Identificou-se, igualmente, uma forte correlação entre a reação de desmaio de pais e filhos face à venipunctura (Kleinknecht & Lenz, 1989). Apesar destes bons indicadores, o progresso neste campo tem sido modesto devido à complexidade do campo da genética.

#### **2.1.6 Modelo de Weiner e Sheehan**

Weiner & Sheehan (1990) propuseram um modelo que dividia os sujeitos com ansiedade dentária em dois grupos. O primeiro grupo seria intrinsecamente ansioso, a

ansiedade seria de origem endógena, e faria parte de um quadro generalizado envolvendo fobias múltiplas e distúrbios psicológicos. Como fundamentação, apresentaram-se estudos que identificaram em muitos sujeitos ansiosos, medos severos, e outros problemas psiquiátricos (McNeil & Berryman, 1989; Berggren, 1992; Roy-Byrne, 1994; citados por Locker, Shapiro e Lidell, 1996). O segundo grupo teria uma origem exterior, resultante de experiências negativas vividas direta ou indiretamente. Para fundamentar este modelo de condicionamento clássico, Weiner & Sheehan (1990) referem-se aos estudos de Lauth, 1971; Bernstein, 1979; Kleinknecht, 1973; Ost & Hugdahl, 1985 e Moore, 1991, que identificaram nos sujeitos dentalmente ansiosos, uma maior facilidade em evocar uma experiência dentária negativa no passado, do que os sujeitos que não têm medo do dentista. As fobias simples, baseadas em experiências passadas desagradáveis representariam cerca de 80% de toda a população de pacientes com ansiedade dentária. Entre aqueles que são considerados dentalmente ansiosos, 93% indicaram que experienciaram pelo menos um tratamento doloroso, e 70% mais do que uma vez. Estas percentagens baixam para 60% e 7%, respetivamente, naqueles sem ansiedade dentária. A literatura parece sugerir que os sujeitos com ansiedade dentária viveram experiências dolorosas mais precocemente do que os não ansiosos, suportando a hipótese da inibição latente, já referida neste trabalho (Locker et al., 1996). No entanto, os autores chamam a atenção para o facto de que há limitações metodológicas que não permitem determinar a sequência temporal de eventos necessária para atribuir uma relação causal. É plausível supor que, quando os sujeitos referem experiências negativas passadas, possam estar a ser influenciados pela sua ansiedade dentária, que vai reformular a forma como a experiência é vivida mentalmente, indo ao encontro das expectativas do sujeito. A ansiedade dentária deixaria, desta forma, de ser a consequência para ser uma causa. Para suportar esta hipótese, Locker et al. (1996) fazem referência a um estudo de Kent de 1985 que verificou que os sujeitos dentalmente ansiosos relatavam uma experiência dentária como sendo mais dolorosa 3 meses após a consulta do que imediatamente após esta. Identificaram também, que o surgimento da ansiedade dentária na adolescência estava associado a traços de ansiedade e na idade adulta a múltiplos medos severos e a sintomas indicativos de doença psiquiátrica. Os autores sugerem que o surgimento da ansiedade na idade infantil enquadra-se mais em fatores etiológicos exógenos enquanto que na idade adulta os fatores preponderantes são de origem endógena. (Locker et al., 1999).

### 2.1.7 Ciclo vicioso da ansiedade dentária

Alguns investigadores sugerem a existência de um ciclo vicioso da ansiedade dentária. O medo e a ansiedade levariam ao evitamento das consultas dentárias que por sua vez dariam origem à deterioração da saúde oral e ao surgimento de vergonha, que culminariam no reforço do evitamento (Morse, 2002; Hittelman, 2006, citados por Reis et al., 2008 e Armfield et al., 2007) [Figura 2].

Uma variação desta teoria é a proposta de Bouma, (1987), citado por Armfield et al., (2007) que sugere que é o receio de tratamentos futuros eventualmente dolorosos que vai aumentar o ciclo da ansiedade dentária. Thomson, (1996), citado por Armfield et al., (2007), destaca que o agravamento da saúde oral aumenta a probabilidade das próximas consultas serem tratamentos de urgência. Bouma (1987) acrescenta mesmo que se o ciclo não é interrompido o desenlace poderá ser a extração de todas as peças dentárias. O que estas várias conceptualizações têm em comum é a ideia que a ansiedade dentária se pode alimentar das repercussões do medo dentário. Os autores referem que apesar de se poder argumentar que numa situação de urgência o sujeito tem oportunidade de enfrentar e ultrapassar a situação temida, reduzindo assim o medo, na realidade é provável que quaisquer eventuais benefícios serão mitigados pela experiência de um tratamento aversivo.

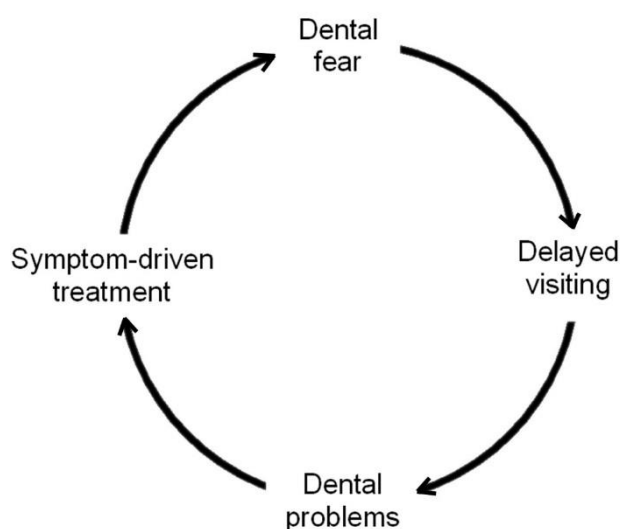


Figura 2: Representação ciclo vicioso da ansiedade dentária. Adaptado de Armfield, (2007)

Armfield et al., (2007) concluíram, num estudo levado a cabo na Austrália, que os sujeitos com ansiedade dentária apresentavam um maior intervalo de tempo desde a

última consulta dentária e um maior espaçamento de tempo entre as visitas. Verificaram igualmente que, 27,6% das pessoas com muito medo do Médico Dentista afirmavam que só fariam a próxima consulta quando tivessem sintomas de dor ou algum problema específico, em contraste com os menos de 17% em pessoas com baixa ansiedade dentária. Notaram igualmente que no grupo sem medo havia uma maior percentagem de sujeitos com consulta marcada no Médico Dentista do que o grupo receoso. Outro achado interessante, e que reforça a teoria do ciclo do medo, consiste no facto de que as pessoas com muito medo de visitar o Médico Dentista tinham um número mais significativo de dentes ausentes do que o grupo com menos ansiedade. O estudo identifica igualmente que o grupo de pessoas com maior ansiedade dentária classificava a sua saúde dentária como sendo média, fraca, ou muito fraca, numa percentagem mais elevada do que as pessoas que não tinham medo. 29,2% das pessoas com muito medo de ir ao dentista encaixavam no perfil de ter visitas dentárias mais espaçadas do que a sua saúde oral exigiria, problemas dentários e o padrão de só procurarem tratamento na presença de sintomas, em contraste com os 11,6% do grupo sem ansiedade dentária. Armfield et al., (2007) acrescentam que o evitamento do tratamento dentário não só agrava a degradação da saúde oral, mas contribui também para manutenção do estado de ansiedade, uma vez que estes sujeitos não têm oportunidade de experienciar uma consulta dentária não traumática. Tem sido igualmente sugerido, que uma sensação forte de embaraço relacionada também com sentimento de auto punição, vergonha e auto imagem negativa particularmente associados a muitos anos de evitamento, podem desempenhar um papel importante no ciclo vicioso de ansiedade dentária (Armfield et al., 2007).

É importante realçar, que este fenómeno aplica-se sobretudo à população adulta que tem o poder de decidir se vai ou não às consultas com a frequência que a sua saúde oral exige. Na população pediátrica são geralmente os pais que levam as crianças às consultas não sendo tão frequente poder observar-se este fenómeno. No entanto, o mecanismo subjacente de fuga e evitamento de uma situação angustiante ou dolorosa pode verificar-se mesmo em crianças, que poderão criar obstáculos para que a consulta se não se realize ou tenha de ser interrompida. Klingberg et al., (1995) refere que as crianças em cujos processos se podiam verificar faltas a consultas apresentaram valores de ansiedade dentária superiores aos que não apresentaram essas faltas, sugerindo assim que estas poderão exercer pressão junto dos pais em casa (e não só no consultório

dentário) para evitar uma situação ansiogénica. Uma criança, com altos níveis de ansiedade dentária, tem duas vezes mais probabilidade de faltar a uma consulta do que uma criança que apresenta baixos níveis de ansiedade dentária (Gatchel, 1989, citado por Milgrom et al., 1995). De notar também, que a maior autonomia que se adquire ao longo da adolescência pode levar a que o grau de controlo sobre as consultas vá aumentando, levando a que num maior ou menor grau este ciclo possa entrar em funcionamento. Gatchel (1989), citado por Milgrom et al., (1995) afirmam que os adolescentes que possuem um maior nível de controlo sobre as suas consultas poderão evitar o Médico Dentista por medo.

## **2.1.8 Avaliação do medo/ansiedade dentária**

Vários métodos de avaliação têm sido sugeridos para avaliar a ansiedade dentária e os problemas de gestão de comportamento: escalas psicométricas, e técnicas projetivas (Klingberg & Broberg, 2007).

### **2.1.8.1 Escalas psicométricas**

Em termos das escalas psicométricas, por vezes, utilizam-se escalas de ansiedade para adultos e adolescentes como a “*Corah`s Dental Anxiety Scale*” (DAS) ou a “*Dental Fear Scale*” (DFS), ainda que nas suas versões modificadas. Outras formas de medição incluem a “*Venham Picture Test*” (VPT).

#### *2.1.8.1.1 “Children`s Fear Survey Schedule – Dental Subscale”*

A escala mais amplamente utilizada em investigação, no âmbito da odontopediatria, é a “*Children`s Fear Survey Schedule - Dental Subscale*” (CFSS-DS), apresentada por Cuthbert & Melamed (1982). Klingberg et al., (1995) referem, que o CFSS-DS é um método psicométrico de avaliação da ansiedade dentária que consiste em 15 itens, sendo que cada um destes é avaliado numa escala de Likert entre 1 (sem qualquer medo) e 5 (muito medo). Desta forma, do teste podem resultar valores entre 15 e 75, sendo que os resultados obtidos acima de 38 têm sido relacionados com a presença de ansiedade dentária. No entanto, Klingberg & Broberg (2007), referem que o limiar para considerar uma criança como tendo ansiedade dentária pode variar. Na escala preenchida pelos pais é igual a 37, 38 ou 39, consoante o estudo. Na versão preenchida pelas crianças, o limiar terá sido estabelecido em 37, apesar de outros estudos terem sugerido o score de 42

(Chellapah, 1990, citado por Klingberg & Broberg, 2007). Os valores médios obtidos na população variam entre os 23.1 e os 29,7 na versão preenchida pelos pais e os 22.1 a 30.6 na versão preenchida pelas crianças, sendo que em populações desfavorecidas pode atingir mesmo os 32.7 (Klingberg & Broberg, 2007). Existe uma versão que é preenchida pelos pais. Klingberg e Broberg, (2007), referem que a CFSS-DS foi concebida para ser usada em crianças até aos 14 anos de idade. Foi empregue em numerosos estudos, nos mais diversos países, e é de particular utilidade para a avaliação de grupos, apesar de não ter sido ainda verificada a sua utilidade, para a avaliação da ansiedade, a um nível individual. Num relatório de Aartman, 1998, citado por Klingberg & Broberg, 2007, em que é feita uma comparação de várias escalas psicométricas de autopreenchimento, o autor conclui que a CFSS-DS é a melhor escolha, uma vez que apresenta as melhores propriedades psicométricas, mede o medo dentário de forma mais precisa, cobre mais aspetos da situação dentária e tem disponíveis valores normativos. O mesmo autor refere-se, igualmente, a vários estudos que mostram que esta escala apresenta elevada fiabilidade teste-reteste. Em termos de validade encontrou-se maior variação mas houve vários artigos que encontraram boas correlações (com outras formas de avaliação psicométrica de ansiedade dentária) (Klingberg & Broberg, 2007).

#### 2.1.8.1.2 “*Dental Anxiety Scale*”

Na avaliação dos adultos usa-se frequentemente a Corah`s Dental Anxiety Scale (DAS) de 1969 que é composta por quatro questões relativas à consulta dentária e permite, que para cada uma destas, se valorize numa escala Likert (de 1 a 5) o receio que se sente face às situações apresentadas. A DAS inclui 4 itens de resposta de escolha múltipla, classificados de 1 a 5 e que fazem referência ao período que antecede a consulta dentária, o período na sala de espera do consultório, a instrumentação mecânica do dente, e a curetagem dos dentes (“*tooth scaling*”). A versão modificada (Whright, 1980, citado por Zelaya & Parra, 2005) contém 5 itens, tendo sido acrescentada uma questão relativa ao receio de injeção para efeitos da anestesia local. Na versão original, as pontuações oscilam entre 4 e 20. Um resultado igual ou superior a 13 denota ansiedade dentária, e esta é considerada elevada quando é igual ou superior a 15. Apesar de não haver estudos acerca de como a DAS funciona quando aplicadas em crianças e adolescentes, há estudos que as têm usado em crianças com idades tão baixas como 9 anos. Segundo Peretz et al., (2004) existe falta de evidência empírica que suporte a utilização da escala em crianças, apesar de Neverlien, num artigo de 1991, ter

considerado que esta escala é útil para avaliar ansiedade dentária em crianças dos 10 aos 12 anos. A vantagem da utilização desta escala prende-se com o facto de permitir comparar os níveis de ansiedade entre crianças e adultos. Uma vez que a escala é de preenchimento pelo próprio sujeito, a criança tem de se encontrar no período escolar.

Regra geral, os estudos usam a CFSS-DS para estudo em populações mais jovens e a DFS e DAS em crianças mais velhas e adolescentes (Klingberg & Broberg, 2007). Estes autores referem que apesar da CFSS-DS e a DAS estarem perto de ser vistas como o “*gold standard*”, na medição da ansiedade dentária em crianças e adolescentes (respetivamente), não se encontram suficientemente validadas para este propósito, na medida em que os valores estabelecidos para definir ansiedade dentária não são diferenciados de forma a contemplar diferenças de idade e de sexo. Ainda mais grave, segundo os autores, estas escalas não diferenciam entre os scores obtidos pelo autopreenchimento e pela versão preenchida pelos pais, apesar de haver ampla evidência científica que suporta que o grau de concordância neste tipo de situações é baixa (0,3 a 0,5).

#### 2.1.8.1.3 “*Venham`s Picture Test*”

O Venham`s Picture Test (VPT) (Venham, Bengston & Cipes, 1977) consiste num teste preconizado para medir a ansiedade dentária em crianças. Consiste num conjunto de 8 pares de figuras que exibem diversas emoções, sendo que à criança é pedido que selecione aquelas que melhor representam o seu estado emocional [Figura 3]. Oliveira et al., (2012) indicam que o profissional deve pedir à criança para responder ao teste, da seguinte forma: “Eu gostaria que você apontasse para o menino que está sentindo o mesmo que você está sentindo agora. Olhe cuidadosamente para o rosto das figuras e veja como elas se sentem” (versão brasileira). Existem adaptações culturais deste teste, que contemplam representações diferentes dos corpos, cores de pele e rostos de forma a facilitar o processo de identificação pela parte da criança (Oliveira, Moraes e Evaristo, 2012). A resposta pode ser dada oralmente, por gestos ou por escrito. As pontuações vão desde 1 (“sem ansiedade”) a 8 (“muito ansioso”) (Zelaya & Parra, 2005). Alwin, Murray e Britton (1991) referem que esta escala é de fácil aplicação, é rápida (um a dois minutos) e tem sido amplamente testada. Barros & Buchanan (2011) afirmam que as escalas baseadas em imagens podem ser utilizadas a partir dos 3 anos de idade para refletir a sua ansiedade.



Figura 3: Venham's Picture Test, adaptado de Oliveira, Moraes e Cardoso (2012)

#### 2.1.8.1.4 "Dental Fear Survey"

O "Dental Fear Survey" (DFS), é um instrumento amplamente utilizado que foi já validado em diversas populações. Consiste num questionário de 20 itens que são respondidos numa escala de Likert. A escala avalia diversos aspetos, como sejam o comportamento de evitamento ao tratamento dentário, estimulação somato-visceral e intensidade de medo evocada por diversos estímulos associados ao tratamento dentário. No final da escala, é apresentado um item que procura avaliar o medo geral do sujeito face à consulta de medicina dentária (César, Moraes, Milgrom e KleinKnecht, 1993).

#### 2.1.8.2 Avaliações projetivas

Neste subcapítulo abordaremos alguns instrumentos de natureza projective que são utilizados para avaliar a ansiedade dentária.

##### 2.1.8.2.1 "Children's Dental Fear Picture Test"

O "Children's Dental Fear Picture Test" (CDFP) de Klingberg & Hwang (1994), avalia o medo sentido pela criança no "setting" terapêutico odontopediátrico de uma forma simples e fácil de compreender por uma criança. O teste consiste em três porções: "Dental setting Pictures (CDFP-DS)"; "Pointing Pictures (CDFP-PP)"; e "Sentence

*Completion Task* (CDFP-SC)”. A primeira secção consiste em 10 desenhos em tamanho A4 de animais em contextos de saúde oral [Figura 4]. É pedido à criança que conte uma história relativa a cada imagem, apresentadas sequencialmente. A história contada deve conter alguns elementos, como “O que está a acontecer e porquê?”, “Quem está no desenho” e “Como é percebida a situação pelo animal mais pequeno?”. Apesar de se pretender que o ato de contar a história seja visto pela criança como um ato lúdico, deve ser feito questionamento adicional, se necessário, de forma a recolher estes três elementos. O segundo subteste tem uma versão para rapazes e outro para raparigas. Cada versão contém cinco cartões relacionados com a consulta no dentista: a) imediatamente antes de ir ao dentista; b) o dentista a examinar a boca da criança, c) o dentista a dar uma injeção/anestesia, d) o dentista a utilizar uma broca e por último e) a criança já em casa a dormir e a sonhar com a consulta no dentista.

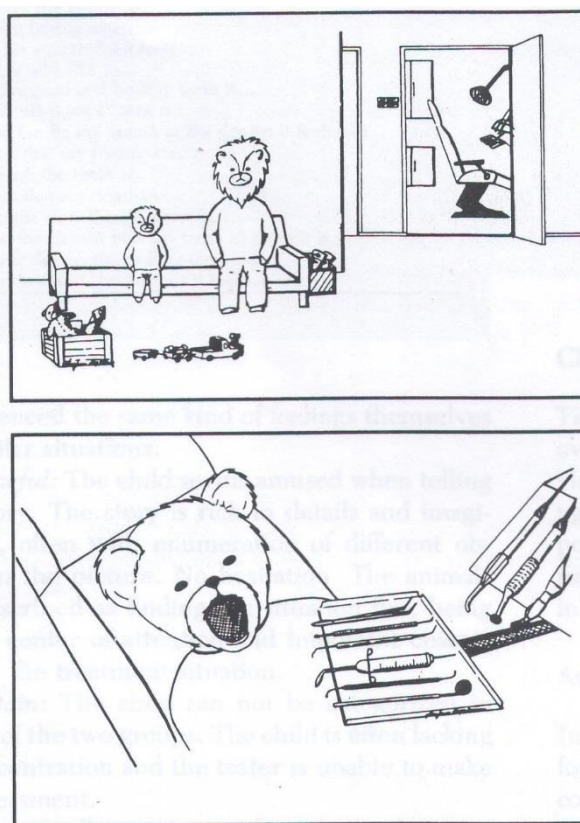


Figura 4: Exemplos de imagens encontradas no “Dental Setting Pictures”. Adaptado de Klingberg & Hwang (1994).

A criança é encorajada a apontar para um de quatro círculos do cartão que englobam expressões faciais que expressam um gradiente que vai da felicidade e ausência de medo até à presença de tristeza e medo, acompanhando a escolha com uma verbalização

que descreva o sentimento que ela sentiria se estivesse naquela situação. O último subteste consiste em quinze frases incompletas que são lidas sequencialmente à criança, sendo-lhe pedido que as complete dizendo a primeira palavra ou palavras que lhe ocorra. As respostas são cotadas em uma de três categorias: 1) com medo; 2) sem medo; 3) ambíguo. O comportamento global da criança durante o teste também é registrado e cotado numa escala que inclui 7 categorias. A avaliação geral do CDFP vai permitir incluir a criança numa de três categorias: com medo, sem medo, ou ambíguo (Klingberg & Hwang, 1994; Reis et al., 2008). Apesar da aplicação do CDFP durar cerca de 45 minutos, Reis et al., (2008) defendem que “dada a natureza multifatorial do medo dentário, é comumente aceite que as técnicas projetivas permitem aceder a informação dificilmente alcançável por outras medidas de avaliação do medo” (Reis et al., 2008).

#### 2.1.2.2.2 “*Child Drawing: Hospital*”

Aminabadi, Ghoreishizadeh, Ghoreishizadeh e Oskouei, (2010) estudaram o desenho como forma de avaliar os níveis de ansiedade em crianças. Estas têm dificuldade em descrever as suas experiências subjetivas empregando linguagem verbal, manifestando mais facilidade em fazer corresponder o seu estado interno com representações pictóricas das suas emoções. Atualmente há um crescente interesse em usar a arte como forma de facilitar a comunicação com crianças (Driessnack, 2005, citado por Aminabadi et al., 2010). Vários autores têm sugerido que uma forma apropriada de recolher informação sobre as perceções das crianças é a utilização de desenhos. As narrativas e desenhos infantis podem providenciar uma janela única para as suas experiências internas, nomeadamente as experiências de *stress* e ansiedade. Para além do fato de não ser ameaçador, o desenho é geralmente não diretivo, não requer uma “resposta correta” e ajuda a identificar sentimentos e desejos de que o sujeito pode não ter consciência. Os autores referem que o desenho permite aumentar a quantidade de informação recolhida, sem que isto comprometa a precisão dos resultados. Um dos aspetos clínicos mais apelativos do uso de desenho, é que ao contrário dos métodos clássicos, que implicam uma componente verbal, as ilustrações conseguem quebrar barreiras culturais. Requerem também pouco tempo de aplicação, e são geralmente uma atividade agradável para as crianças. O desenho tem sido usado como ferramenta de avaliação desde a segunda década do século XX, por autores como Goodenough e mais tarde Koppitz. Sheskin (1982), citado por Aminadabi (2011), concluiu que, o desenho é uma

boa forma de avaliação de ansiedade infantil. Em 1999, foi desenvolvido o “*Child Drawing: Hospital*” (CD:H), como forma de medir a ansiedade de crianças hospitalizadas, em idade escolar. O sistema de cotação do CD:H foi usado para avaliar os desenhos feitos por crianças com idades compreendidas entre os 4 e os 11 anos de idade após uma consulta de odontopediatria. A cotação foi levada a cabo por um odontopediatra e por um psicólogo. Foram tomados em linha de conta diversos critérios como a colocação de desenho no papel, o tipo de traço, inclusão e tamanho do equipamento dentário, omissões, exageros de partes corporais, transparências, sombreamentos, entre outros critérios. Para cada item foi atribuída uma cotação de 1 a 10 obtendo-se no final um somatório que permitiu classificar as crianças quanto aos níveis de *stress* manifestados [Figura 5]. Este estudo sugere que existe uma alta correlação entre a avaliação obtida por esta via e os resultados conseguidos usando escalas consagradas na literatura.

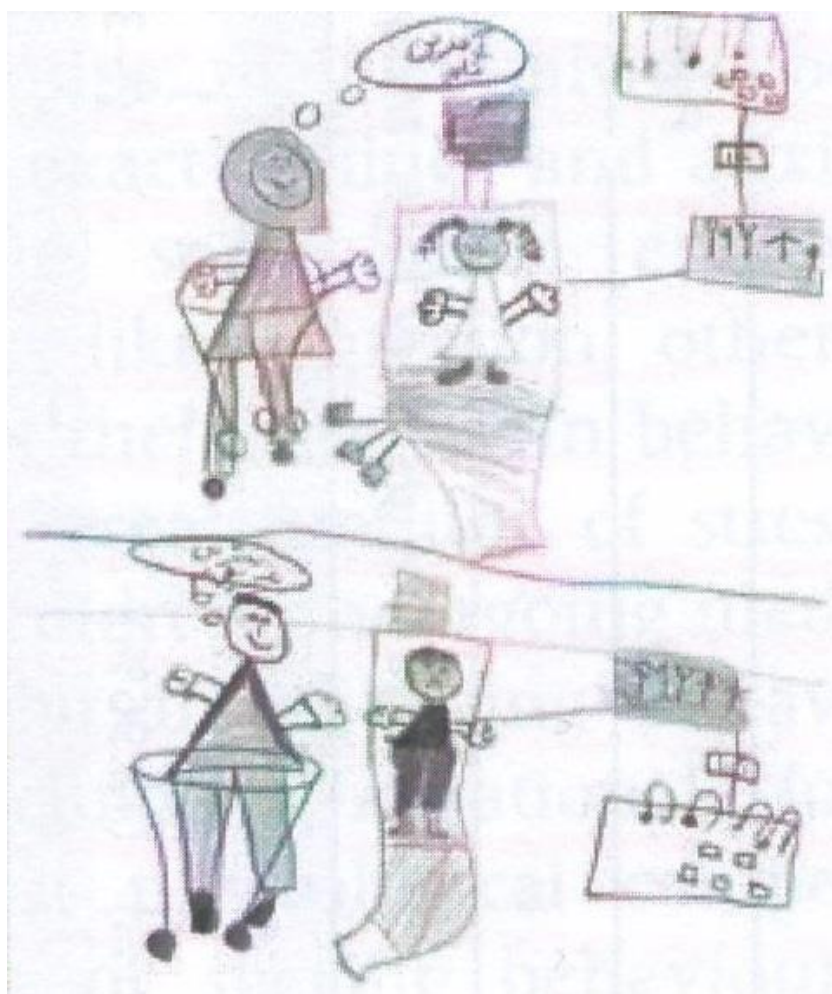


Figura 5: Exemplo de desenho feito por uma criança no CD:H. Adaptado de Aminadabi et al. (2010)

## 2.2 Dor e a sua interação com a ansiedade dentária

Nesta segunda parte do Desenvolvimento, iremos abordar o problema da dor e a forma como este desempenha um papel importante sobre a ansiedade dentária. Para esse efeito iremos abordar as componentes objetivas e subjetivas da dor, a forma como a dor pode ser medida, e alguns tópicos que irão procurar clarificar a interação entre a ansiedade e a dor.

### 2.2.1 Definições e fisiologia da dor

A “*International Association for Study of Pain*” define a dor como uma “ experiência sensorial e emocional desagradável associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita enquanto tal”. Lemos et al., (2011) afirmam que “esta definição reconhece a existência de um componente subjetivo envolvendo associações entre elementos da experiência sensorial e o estado aversivo provocado”. Long, Phipps e Cassmeyer (1997) mencionam que a experiência dolorosa em cada indivíduo, inclui a percepção da sensação dolorosa e a resposta a esta percepção. A tolerância aos estímulos dolorosos influi sobre ambos os componentes. Uma vez que nos estamos a referir à dor que pode ser experienciada no contexto da medicina dentária, podemos também delimitar a dor orofacial, que é descrita pela “*American Academy of Orofacial Pain*”, como sendo condição álgica associada aos tecidos moles e duros da cabeça, face e pescoço, incluindo as estruturas da cavidade oral. Pina et al., (2013) referem que a dor orofacial é difícil de abordar devido à complexidade da inervação orofacial, à ampla representação cortical sensitiva das estruturas orofaciais (homúnculo sensorial de Penfield) e à alta prevalência de patologia oral. Na enervação orofacial, atuam os nervos cranianos do trigêmeo (ramos oftálmico, maxilar e mandibular), facial glossofaríngeo, vago e os três primeiros nervos cervicais. A dor orofacial é responsável por cerca de 40% de todas as síndromes dolorosas (Pina et al., 2013). Isto deve-se à alta prevalência das dores dentárias/odontalgias e periodontais e, à alta frequência dos tratamentos cirúrgicos realizados nesta área (Pina et al., 2013). A densidade de estruturas anatómicas da zona, o caráter difuso e má localização referida da dor, torna o diagnóstico e tratamento desta complicado (Pina et al., 2013).

Pina et al., (2013) afirmam que a dor pode ser diferenciada em aguda e crónica. No contexto da Medicina Dentária a dor mais frequente é aguda. A dor aguda é

consequência de um dano tecidual concreto e tem uma duração limitada. Não havendo complicações, este tipo de dor desaparece com a lesão que a originou. Os seus efeitos são o aumento de tensão arterial, aumento do ritmo cardíaco, aumento do diâmetro da pupila e maiores níveis de cortisol no plasma aumentando o nível de alerta e excitabilidade. Por seu lado, a dor crónica distingue-se por persistir no tempo, de forma recorrente ou constante, por um período superior a 6 meses, depois de ter cessado a causa que a provocou. A componente psicológica desempenha um papel preponderante neste tipo de dor. A resposta fisiológica encontra-se muitas vezes ausente, mas é acompanhada frequentemente por depressão, alterações do sono, fadiga, alterações cognitivas, isolamento, cefaleias, incapacidade e comorbilidade. A dor aguda é fundamental para a preservação da integridade do indivíduo, enquanto que a dor crónica é uma importante causa de incapacidade, Pina et al., (2013). A nociceção compreende quatro passos. O primeiro passo é a transdução que consiste na conversão do estímulo físico em sinal nervoso. O segundo passo é a transmissão que consiste na condução do estímulo nervoso da periferia à medula espinal, através das fibras nervosas. A modulação ocorre no sistema nervoso central, e é mediada por neurotransmissores que vão permitir a inibição da resposta dolorosa. A nociceção culmina com a perceção que consiste na experiência subjetiva da dor que o paciente vai perceber (Tortora & Grabowski., 1996).

### **2.2.2 Teorias da transmissão da dor**

Long et al., (2011) fazem menção de quatro teorias que procuram explicar a transmissão da dor. A primeira destas é designada de “teoria da emoção” segundo a qual a dor é uma emoção cuja intensidade depende do significado da parte implicada, excluindo assim os aspetos fisiológicos. A “teoria da especificidade” defende que os recetores específicos da dor projetam os impulsos através das vias neurais até ao cérebro, não explicando, contudo, os aspetos psicológicos da perceção da dor, nem a variabilidade da resposta. Uma terceira teoria, também esta iminentemente fisiológica, defende que a dor é o resultado dos efeitos combinados da intensidade do estímulo e da acumulação de impulsos na espinal medula. Esta teoria falha, também, em explicar os aspetos psicológicos. Lemos et al., (2011) afirmam que das teorias existentes, aquela que é provavelmente mais aceite e, a que mais se enquadra na área da odontopediatria é a teoria de “*Gate Control*”, proposta por Melzack e Wall que associa aos fenómenos

neurofisiológicos, os fatores psicológicos envolvidos na percepção e reação à dor. Nesta teoria os autores colocam a hipótese de existir uma comporta nas células da substância gelatinosa da medula espinal que controla o fluxo dos sinais da dor para o cérebro, levando a que consoante a interação entre sinais vindos da periferia e os sinais dos tratos descendentes do córtex cerebral, a informação possa ser conduzida ou inibida.

### **2.2.3 Subjetividade da dor**

Long et al., (1997) referem que a percepção da dor produz-se no córtex como resultado dos estímulos transmitidos de forma ascendente através dos tratos espinotalâmico e tálamo-cortical. A percepção da dor pode ser influenciada, quer ao nível da estimulação dos nociceptores e de transmissão do impulso doloroso, quer pela recetividade cortical e a sua interpretação. A estimulação dos nociceptores pode ser modificada mediante o aumento do número de estímulos e da duração dos mesmos. Ao nível de transmissão podem referir-se lesões das terminações nervosas ou inflamação, tumores ou lesões da espinal medula. Ao nível cortical a recetividade pode ser afetada pela inflamação, mudanças degenerativas do cérebro, depressão da função cerebral e anestesia. Ao nível da interpretação que ocorre no córtex cerebral, Long et al., (1997) observam a influência das experiências passadas com dor, valores culturais, crenças religiosas, saúde física e mental, conhecimento e compreensão, atenção e distração, medo, ansiedade e tensão, fadiga e estados de consciência. Long et al., (1997) mencionam que a intensidade a partir da qual um estímulo nocivo é avaliado subjetivamente como doloroso denomina-se “limiar de deteção de dor”. Este é relativamente constante para cada indivíduo e mesmo entre diferentes indivíduos, para uma determinada localização e tipo de estímulo. Por contraste, a “tolerância à dor” consiste no grau máximo de intensidade dolorosa que uma pessoa é capaz de suportar, e varia grandemente entre sujeitos. A tolerância à dor pode variar entre indivíduos diferentes na mesma situação, e no mesmo indivíduo em situações diferentes. Inúmeros fatores podem aumentar ou diminuir a tolerância à dor. Long et al., (1997) fornecem como exemplo de fatores que aumentam a tolerância, o álcool, drogas, hipnose, calor, fricção, distração, fé, ou crenças fortes. Por seu lado, a fadiga, ira, ansiedade, tédio, ou dor persistente vão diminuir a tolerância à dor. Os autores destacam que a tolerância à dor é influenciada pelo significado que esta tem para o indivíduo, sendo que pode variar de pessoa para pessoa e de circunstância para circunstância, mesmo quando nos referimos ao mesmo indivíduo.

Este componente de pensamento/sensação é altamente subjetivo, complexo e individual. A dor é um problema multidimensional (físico, psicológico e sociocultural), transcende o doente, envolvendo a família e a sociedade, Pina et al., (2013). Apesar de em termos gerais a dor ser vista como uma experiência negativa, Long et al., (1997) referem que também há alguns aspetos positivos. A dor pode ter vários significados para o sujeito. Pode traduzir dano ou lesão, uma complicação (por exemplo uma infeção), uma nova doença, recorrência de uma enfermidade, aumento de uma incapacidade, perda de mobilidade e envelhecimento, mas também pode constituir uma experiência que leva à valorização do sofrimento do outro, ou ser parte indissociável do processo de cura. Inúmeros fatores influenciam o significado da dor para cada indivíduo, como sejam a idade, o género, os antecedentes socioculturais, o meio e as experiências passadas ou presentes. Dependendo da sua perceção de dor e do significado que lhe é atribuído, a reação manifestada será diferente. Long et al., (1997) ilustram este fato afirmando que algumas pessoas podem mostrar-se apreensivas, temerosas e ansiosas, enquanto que outras podem ser mais resilientes, mostrando tolerância e otimismo. Long et al., (1997) referem que alguns pacientes temem ser considerados queixosos ou maus doentes se exprimirem o seu incómodo. Face a esta situação deve ser-lhes explicada a natureza subjetiva da dor e a necessidade de proporcionar informações de forma a facilitar a escolha das medidas terapêuticas mais adequadas para minimizar a dor. Não é possível prever a forma como alguém vai reagir face à dor, e não se devem fazer juízos de valor relativamente às respostas dos pacientes (Long et al., 1997).

#### **2.2.4 Avaliação da dor**

Lemos et al., (2011) afirmam que a dor se apresenta mediante sinais e sintomas variados devido às suas características subjetivas e idiossincráticas dificultando a quantificação, diagnóstico e escolha do tratamento a seguir. Apesar de ter à sua disposição todos os conhecimentos fisiológicos envolvidos no evento doloroso, o Médico Dentista necessita de ter em consideração todas as informações provenientes da criança e familiares para estabelecer a natureza e gravidade da dor.

Existe atualmente um vasto leque de técnicas e instrumentos de avaliação da dor pediátrica. A escolha do método deve levar em linha de conta a idade da criança, a sua

maturidade e a sua capacidade em comunicar. Apesar dos grandes avanços ao nível dos instrumentos para avaliar a dor aguda, associada a procedimentos, (Finley & McGrath, 1996; O'Rourke, 2004; Stinson, 2006; von Baeyer & Spagrud, 2007; citado por Barros, 2010), tem-se verificado que os instrumentos de medida dirigidos a diferentes indicadores, têm apresentado resultados diferentes e com baixa correlação entre si, sugerindo, que podem estar a medir constructos diferentes. Deve portanto privilegiar-se o uso de mais do que um instrumento de medida, sobretudo quando se pretende validar a eficácia de estratégias interventivas. A melhor avaliação da dor é aquela que é levada a cabo pelos próprios pacientes. Sempre que possível devem privilegiar-se medidas de autoavaliação, existindo evidência de que estas podem ser utilizadas em crianças com mais de 4 anos de idade (Stinson, 2006, citado por Barros, 2010). A dor acarreta um componente de comunicação, que no caso das crianças nem sempre é corretamente interpretado pelos adultos, levando a uma subvalorização e a um subtratamento da dor infantil. As crianças, sobretudo as mais pequenas, são particularmente difíceis de avaliar, pois não possuem ainda compacidade para identificar e diferenciar sensações, nem a sofisticação de vocabulário para expressar diferentes níveis de perturbação (Cohen, 2007, citado por Barros et al., 2010). As medidas de autoavaliação devem ser complementadas com medidas observacionais ou fisiológicas (Nilsson, 2008 e von Baeyer & Spagrud, 2007, citados por Barros, 2010). É igualmente necessário reunir informação sobre a natureza da dor aguda, a sua localização, intensidade, tempo (quando surgiu, duração, frequência), fatores precipitantes e atenuantes.

#### **2.2.4.1 Medidas observacionais**

As escalas de observação comportamental são instrumentos que monitorizam comportamentos observáveis, e operacionalmente definidos, sendo particularmente úteis em crianças com menos de 4 anos, em casos de défice cognitivo, dificuldade de expressão verbal, com movimentos restringidos, ventilados, sob o efeito de fármacos, ou em casos em que os autorrelatos tenham sido considerados exagerados ou irrealista (von Baeyer & Spagrud, 2007, citado por Barros, 2010). As escalas consistem em *check list* comportamentais que identificam a presença, frequência, e por vezes a intensidade de determinados comportamentos. Duas escalas que se enquadram nesta categoria, com validade bem estabelecida, é o “*Observational Scale of Behavioral Distress-Revised*” (OSDBD- Elliott et al., 1987) e o CAMPIS Revised, (Blount,1997). O primeiro contém, 8 comportamentos indicativos de “*distress*”, avaliados numa escala que mede a

intensidade da perturbação com 4 pontos, sendo que a escala deve ser registada em intervalos de 15 segundos. O segundo, inclui uma escala de “*distress*” da criança na qual se registam os comportamentos com base na sua frequência, contemplando ainda códigos adicionais para registar comportamentos relevantes por parte da criança e dos adultos envolvidos.

O relatório verbal/comportamental consiste na avaliação do discurso da criança, tomando em linha de conta a dificuldade das mais pequenas em se expressar verbalmente, devido a imaturidade cognitiva, e idiosincrasia do discurso das crianças mais velhas. Este método pode ser complementado com a observação e registo de alterações comportamentais, indicativas de dor. (Lemos et al., 2011)

A análise das expressões faciais baseia-se na premissa de que a mímica facial das emoções é inata, própria de cada indivíduo e baseada em padrões que não dependem de experiências culturais, da vontade pessoal ou do hábito. O Médico Dentista deve saber reconhecer os “sinais faciais rápidos” manifestados através de alterações no movimento e tónus muscular, coloração da pele, dilatação das pupilas, posição da cabeça, direção do olhar e encerramento dos olhos, rugas na testa, compressão dos lábios, rigidez facial, comissura labial invertida que podem fornecer informações sobre a intensidade e tipo de dor. (Silva, 1998; Troster, 1998; McCaffery, 2002; citados por Lemos et al., 2011). Long (1997) acrescenta também a rigidez da postura corporal, inquietude, franzir das sobrancelhas, o cerrar dos dentes, punhos fechados, pranto e gemidos. O diagnóstico de dor deve basear-se em ambas as valências, quer nos dados subjetivos quer nos objetivos (Long et al., 1997). Os sinais ao nível do comportamento não são exclusivos das reações à dor e devem ser complementados com a informação subjetiva recolhida diretamente do sujeito para confirmação.

#### **2.2.4.2 Medidas de autoavaliação**

Uma outra forma de avaliar a dor procedimental, consiste em pedir ao paciente para descrever a sua dor, utilizando uma escala numérica entre 0 (ausência de dor) e 10 (ou 100, consoante a escala usada - pior dor possível). Long et al., (1997) referem-se a outras escalas de dor como a de McGill em que se avalia a intensidade da dor numa escala de 0 a 5, na qual o 0 corresponderia à ausência de dor e 5 a uma dor atroz. Melzack e Torgerson sugerem uma escala que subdivide a intensidade da dor em cinco adjetivos para a descrever (leve, incómoda, angustiante, horrível, insuportável). Os

dados devem ser registados. Long et al (1997) mencionam em relação a esta questão, que estes se podem registar num diagrama de fluxo que proporciona uma avaliação contínua do progresso da dor. Outra modalidade consiste em pedir ao paciente que marque com um X a intensidade de dor que sente numa escala analógica visual (EAV) que consiste numa linha métrica de 10 centímetros, em que a extremidade mais à esquerda corresponde a ausência de dor, e a extremidade mais à direita, corresponde à intensidade máxima de dor. Estas escalas nem sempre são aplicáveis a crianças pequenas. Para este grupo são preferíveis escalas como a “*Face Rating Scale*” de Frank, que permite a graduação da dor através de oito expressões faciais (Reig & de la Torre, 2006). Existem diversas variações deste tipo de escala, apesar do princípio de funcionamento entre estas ser semelhante. A escala de faces de Wong–Baker é uma técnica simples, bem aceite pelas crianças que se baseia na correspondência entre a intensidade dos sintomas sentidos pela criança, e uma sequência de rostos que apresenta várias expressões faciais, que oscilam entre uma expressão de felicidade e a representação de sofrimento [Figura 6].

Têm sido sugeridas diversas variações desta escala, nomeadamente no que concerne aos tipos de rosto usados na ilustração. No Brasil, o sucesso da banda desenhada da Mónica e do Cebolinha levou à criação de escalas que empregam estas personagens (Lemos et al., 2011) [Figura 7]. Existem outras escalas analógicas que funcionam por princípios semelhantes, como é o caso da escala “*Faces Pain Scale*” [Figura 8].



Figura 6: Escala de faces de Wong-Baker. Adaptado de Lemos et al. (2011)

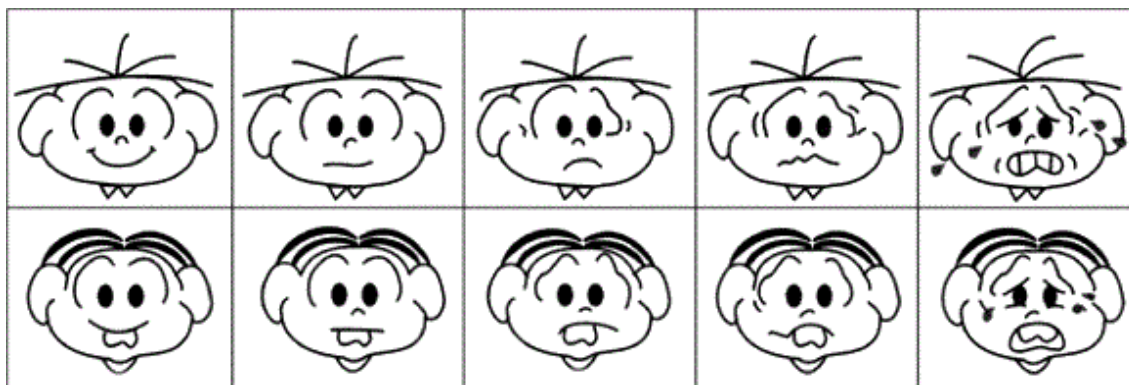


Figura 7: Adaptação da escala de faces de Wong Baker para a população Brasileira. Adaptado de Lemos et al. (2011)



Figura 8: Escala "Faces Pain Scale" de Bieri (1990). Adaptado de Hicks et al. (2001)

Estes são instrumentos unidimensionais, caracterizados pela sua fácil compreensão e pela sua rapidez de execução, algo a ter muito em conta, dado o tempo limitado de que dispõe o médico para cada consulta. A escala qualitativa de Beales apresenta 11 itens que correspondem a sensações relacionadas com os fenómenos álgicos, como por exemplo a dor de um beliscão, de uma queimadura ou de uma picada, entre outros. A correspondência estabelecida pela criança, permite uma estimativa da intensidade de dor que está a sentir. Existem algumas dúvidas sobre a validade destas escalas de autoavaliação, uma vez que os níveis de concordância entre os resultados obtidos por esta via e a avaliação dos pais ou profissionais, são baixos (Barros, 2010).

#### 2.2.4.3 Avaliação fisiológica da dor

Long et al., (1997) acrescentam ainda que é possível a recolha de sinais objetivos de dor nas manifestações fisiológicas do sujeito. Os sinais fisiológicos estão relacionados com a ativação do sistema nervoso simpático, e atuam a diversos níveis, como sejam o aumento da pulsação cardíaca, o aumento de profundidade e frequência respiratória, o aumento da pressão sistólica e diastólica, diaforese, palidez, dilatação pupilar, tónus muscular, e mesmo náuseas e vômitos em casos severos. Em casos extremos pode surgir também choque neurogénico.

### **2.2.5 Modelos explicativos para a variabilidade de resposta face à dor**

Os modelos atuais descrevem a dor como um constructo multidimensional complexo que incorpora aspetos biológicos e psicossociais. A experiência de dor inclui componentes sensoriais e afetivos (Gatchel & Turk., 1999, citado por Tsao, et al., 2004; Cohen, 2007; citado por Barros, 2010). O comportamento da criança é o reflexo da interação entre o seu sistema nervoso e o meio envolvente. Um normal desenvolvimento neuropsicológico implica não apenas a maturação do sistema nervoso central mas também o sistema de feedback interno (caraterísticas genéticas) e o sistema de feedback externo (interação com o meio envolvente), (Lemos et al., 2011). Tal como já foi referido estas complexas interações levam a que nem todas as crianças manifestem o mesmo comportamento face às mesmas situações. Apesar de ser impossível fazer uma generalização absoluta, são no entanto, identificáveis alguns padrões relativos a cada faixa etária. Lemos et al., (2011), baseando-se na teoria de desenvolvimento cognitivo de Piaget, refere que as crianças mais pequenas manifestam uma compreensão da dor carateristicamente pré-operatória, iniciando as ações com alguns reflexos que gradualmente se vão tornando em esquemas Sensoriomotores. A partir do momento em que surge a linguagem, começam a explicar os seus raciocínios baseando-se em associações e classificações. É só depois de atingir o Período Operacional Concreto, que a criança passa a mostrar uma compreensão lógica da realidade, começando a entender a existência de causas objetivas para os fenómenos que vivencia. No Estádio das Operações Formais, o adolescente começa a coordenar as ideias, tornando-se consciente do seu próprio julgamento, usando uma lógica dedutiva. Segundo estes autores, as diferenças ao nível do desenvolvimento devem influenciar a forma como o Médico Dentista aborda a criança. Lemos et al., (2011) e Barros, (2010) referem-se ao modelo bio-comportamental, proposto por Varni em 1995, para explicar o fenómeno da dor infantil. Para fazê-lo é necessário utilizar um modelo complexo que tome em consideração os antecedentes de dor (que têm um papel causal no início do episódio doloroso, ou na exacerbação da intensidade da dor), os concomitantes da dor (que ocorrem só durante o episódio doloroso, tais como o medo ou ansiedade), as consequências da dor (que podem incluir alterações comportamentais, cognitivas e emocionais), mediadores da perceção e do comportamento da dor (onde se enquadram todos os fatores biológicos, familiares e individuais) e finalmente as estratégias que a

criança dispõe para lidar com a dor (que podem ser mais ou menos eficazes, ou adaptativas, em função das suas consequências no alívio da dor e da perturbação emocional). Este é um modelo integrativo que, procura explicar a experiência subjetiva da dor e perturbação, atendendo a determinantes próximos e distantes, tomando em linha de conta o efeito de mediadores ou moderadores desta experiência. Barros, (2010), refere também o modelo interativo para o “*distress*” agudo proposto por Blount (1989), como contributo para a compreensão das perturbações que surgem associadas aos tratamentos invasivos, baseando-se para isso na interação entre a criança, os pais e os profissionais no decurso do tratamento. Trata-se de um modelo transacional, que coloca a ênfase nas interações que ocorrem antes, durante e após o tratamento. Os autores consideram que, alguns comportamentos supostamente formulados no sentido de tranquilizar a criança, tais como comentários securizantes, de empatia e de crítica, tendem a anteceder um comportamento de perturbação por parte desta. Já a instrução para que a criança assuma uma respiração profunda ou a distração estão, essas sim, associadas à capacidade desta para lidar com a situação. Realçam igualmente que, o comportamento da criança também tem impacto sobre os adultos responsáveis. Esta teoria é fundamentada em diversos estudos que, identificam a origem da perturbação comportamental da criança, em gestos, técnicas e atitudes pouco eficazes por parte dos pais e dos profissionais de saúde (Blount, 2001; Cohen, 2002; citado por Barros, 2010).

### **2.2.6 Dor em Odontopediatria, e o paradoxo da anestesia local**

A crença incorreta de que os estímulos dolorosos não eram perceptíveis nas crianças, levou a que a questão da dor fosse desvalorizada durante muitos anos. Lemos et al., (2011) afirmam que só nas duas últimas décadas ficou claro que, o sistema neurológico da transmissão da dor se encontra completamente funcional logo a partir do nascimento. A dor é uma experiência comum entre crianças e adolescentes (McGrath, 2000; Perquin, 2000; citado por Tsao et al., 2004). Perquin et al., (2000) encontrou que 54% dos inquiridos, com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos, experienciaram dor nos 3 meses antecedentes, sendo que as dores mais comuns foram dos membros, da cabeça e da zona abdominal. Para além destes sintomas dolorosos, as crianças e adolescentes também experienciam dor aguda como resultados de lesões, doença ou procedimentos médicos. O Médico Dentista é confrontado diariamente com crianças que manifestam sensações de dor. Esta pode ter origem numa patologia ou num procedimento realizado

no consultório. Lemos et al., (2011) fazem referência a um estudo de Vassend, (1993) em que este sugere que apesar de episódios reais de dor poderem ocorrer durante os tratamentos dentários, os relatos de dor podem, por vezes, ser encarados como construções cognitivas ou estereotipadas. Barros (2010) afirma que a dor associada a procedimentos de rotina ou resultante de tratamentos mais complexos, prolongados ou repetidos, é uma experiência frequente na infância. Os procedimentos médicos invasivos têm sido alvo de numerosos ensaios e estudos de estratégias para controle da dor e ansiedade. A não utilização de estratégias para minimizar a dor, durante procedimentos invasivos, expõe a criança a sofrimento desnecessário (Taddio, 2009 e Young 2005, citados por Barros, 2010). Hoje em dia, apesar de a anestesia local permitir um tratamento sem dor, promovendo o conforto da criança e a eficácia do tratamento, o Médico Dentista é forçado a contornar o fato de que a administração da anestesia é um dos principais causadores de dor e ansiedade. Kuscu & Akyuz, (2007) referem que é importante reconhecer que a sensação de dor não depende necessariamente de dano tecidual, podendo também surgir perante estímulos condicionados, como o som de uma broca em funcionamento, ou o simples toque de uma agulha durante uma injeção de anestésico local. Várias técnicas têm sido sugeridas para minimizar este problema, no entanto, este tende a persistir. Kuscu & Akyuz, (2007) concluíram no seu estudo, que as crianças com níveis de ansiedade mais elevados tinham uma maior percepção de dor, independentemente do método utilizado na administração do anestésico local. A administração de analgésicos ou anestésicos, como solução única para controle de dor pediátrica associada a procedimentos, deve ser promovida mas está longe de ser sempre possível, adequada ou totalmente eficaz.

### **2.2.7 Dor associada a Procedimentos**

A dor aguda associada a procedimento é tipicamente breve, porque termina quando acaba o procedimento que implica o estiramento, contração ou invasão de alguma parte do corpo (Cohen, McLaren & Limm, 2007, citados por Barros, 2010). A dor associada a procedimentos está intimamente associada à ansiedade antecipatória, que escapa ao controle por analgésicos e anestésicos, pelo que é necessário uma abordagem comportamental de forma isolada ou associada às abordagens farmacológicas. A dor aguda está muito fortemente associada ao medo e à ansiedade. Ao nível fisiológico pode verificar-se o aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial, e a libertação de

adrenalina (Yaster & Deshpande, 1998, citado por Barros, 2010). O componente afetivo mais associado à dor, no contexto odontopediátrico, é a ansiedade (Katz, 1980, citado por Barros, 2010). As crianças tendem a viver as experiências globalmente, sendo difícil para elas diferenciar entre o “estar assustado” e o “estar magoado” ou “dorido”. Barros (2010) afirma que “medo e ansiedade aumentam os sentimentos de sofrimento físico e reduzem a tolerância à dor”, podendo dizer-se que “a ansiedade potencializa a dor, e a dor promove a ansiedade, num ciclo progressivamente mais difícil de quebrar”. Por estes dois componentes serem tão difíceis de distinguir, alguns autores (Katz, 1980 citado por Barros, 2010) optam por referir-se a angústia (“*distress*”). Há evidências de sequelas da dor associada a procedimentos pediátricos, como sejam a ansiedade antecipatória face a procedimentos futuros (Taddio, 1999, citado por Barros, 2010), sensibilização à dor devido a mudanças na forma como o sistema nervoso processa a dor, redução da eficácia dos analgésicos (Taddio & Katz, 2005, citados por Barros, 2010), dificuldades em realizar procedimentos médicos e desenvolvimento de fobia a agulhas (Hamilton, 1995, citado por Barros, 2010).

### **2.2.8 Ansiedade antecipatória/medo da dor**

Lemos et al., (2011) referem que existem fatores que vão determinar a maneira como as crianças vão viver a experiência da dor, devendo ser referido o nível de ansiedade, as experiências passadas, a influência e o papel dos pais e a habilidade da criança em enfrentar situações novas. Versloot (2008) destacou que as experiências anteriores têm grande influência nos tratamentos subsequentes, sendo que o relato de dor numa segunda consulta vai ser tanto maior, quanto maior tiver sido a intensidade da dor sentida pela criança na primeira consulta (Lemos et al., 2011). Estes autores acrescentam que o fenómeno da dor está intrinsecamente relacionado com a ansiedade, remetendo esta conclusão para diversos autores como Versloot & Craig, (2009); Barros, (2003); Klatchoian, (2002); Colares & Rosenblatt, (1989) e Tsao et al., (2004).

Van Wijk & Hoogstraten (2005), referem-se a Gower (2004), que afirma que o medo da dor dentária é um estado de aflição relacionado a um estímulo altamente específico, neste caso a dor. Em traços gerais, tem-se encontrado uma associação positiva entre a ansiedade antecipatória e a dor sentida durante os procedimentos médicos. Para citar um exemplo, Palermo & Drotar (1996) identificaram que os valores de ansiedade

antecipatória em crianças com idades entre os 7 e os 17 anos, permitem predizer a classificação da intensidade da dor sentida no pós-operatório. Tsao et al., (2004) citam um estudo de Hilgard & LeBaron (1982) onde se verificou que a observação comportamental de ansiedade pré-procedimental, correlacionava-se fortemente com reações de dor no tratamento levado a cabo posteriormente. Os estudos sugerem também que as pessoas ansiosas tendem a sobrestimar a dor antecipada, o medo e a dor (Arntz, 1994; Rachman & Bichard, 1988; citados por van Wijk & Hoogstraten). Um exemplo da sobrestimação da dor no âmbito da Medicina Dentária, pôde ser observado num estudo levado a cabo pela “*Public Communications Inc*” (1984), referido por Wijk & Hoogstraten, no qual se verificou que as pessoas que já haviam sido submetidas a tratamento endodôntico, tinham quatro a cinco vezes mais probabilidade de considerar o tratamento como sendo indolor, do que aqueles que nunca haviam experimentado este tipo de procedimento. Wijk & Hoogstraten referem também um artigo de Rousseau (2002) no qual afirmam que 92% dos pacientes submetidos a tratamento endodôntico, referem ter sentido menos dor do que antecipavam. Wijk & Hoogstraten citam também Klages (2004) e chegam a uma conclusão semelhante, acrescentando que este efeito é particularmente forte nos indivíduos com elevado grau de ansiedade dentária, conclusão confirmada também pelo estudo dos primeiros autores.

### **2.3 Gestão da Ansiedade no Consultório**

Ingersoll, (1982); Kuhn & Allen, (1994) citados por Possobon, Carrascoza, Moraes e Costa (2007) afirmam que um grande número de Médicos Dentistas, consideram as crianças não colaboradoras como um dos problemas mais problemáticos na clínica dentária, sendo que, as dificuldades podem ser de tal forma graves que desencorajam os clínicos de atender tais crianças (Ingersoll, Nash & Gramber, 1984, referido por Possobon, 2007). A “*American Academy of Pediatric Dentistry*” (AAPD, 2006) referem que o tratamento seguro e eficaz das doenças dentárias infantis requerem frequentemente a modificação do comportamento da criança. A orientação comportamental (“*behavior guidance*”) consiste numa interação contínua envolvendo o Médico Dentista e a sua equipa, o paciente e os seus pais, que visa aliviar o medo e a ansiedade enquanto promove simultaneamente a comunicação e a educação para a saúde oral [Figura 9].

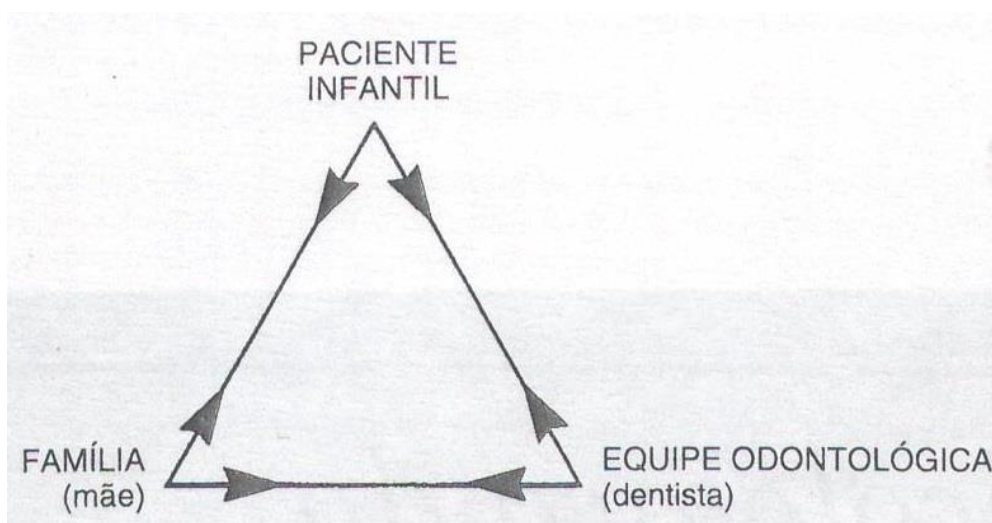


Figura 9: O triângulo do tratamento ilustrando as relações básicas em Odontopediatria. Adaptado de Wright (2001).

Estas técnicas podem ser diferenciadas em “comunicativas” e “não comunicativas”. O Médico Dentista deve ter ao seu dispor, diversos tipos de abordagem e a capacidade de avaliar o nível de desenvolvimento da criança, as suas atitudes face ao tratamento dentário e temperamento, de forma a ser capaz de prever as reações desta ao tratamento. As diferenças ao nível da experiência, treino e personalidade do clínico podem levar a que as estratégias de orientação comportamental variem. Através da comunicação, a equipa dentária pode reduzir o medo e a ansiedade, ensinando também mecanismos de *coping* e guiando a criança a ser cooperante, descontraída e confiante no “*setting*” dentário. As várias técnicas ao dispor do Médico Dentista devem ser escolhidas em função da criança, e fazer parte duma estratégia geral de orientação comportamental escolhida para lidar com as circunstâncias e características específicas do paciente odontopediátrico. Estas técnicas têm tanto de arte como de ciência, não devendo ser vistas como técnicas avulsas para lidar com as crianças, mas antes como um método contínuo que visa o desenvolvimento de uma relação entre médico e paciente. O objetivo final, em última instância, é criar confiança e afastar o medo e a ansiedade (*Guidelines* da AAPD, 2011).

A gestão da dor durante os procedimentos dentários é crucial para uma orientação comportamental bem-sucedida. A prevenção da dor pode nutrir a relação entre o Médico Dentista e o paciente, aumentar a confiança deste, afastar o medo e a ansiedade e melhorar as atitudes do sujeito para as próximas consultas. Tal como já foi referido

anteriormente, a natureza subjetiva da percepção da dor leva a que ocorram diferenças na forma como esta se manifesta na criança, sendo útil o recurso a escalas de avaliação da dor pelo Médico Dentista, para que este possa minorar os seus efeitos. São de particular importância, neste âmbito, as técnicas farmacológicas de controlo da dor (*Guidelines* da AAPD, 2011).

Importa realçar que certos aspetos que serão abordados não devem ser usados apenas na presença de uma criança com ansiedade dentária. A gestão farmacológica da dor, para citar um exemplo flagrante, deve ser empregue com todas as crianças. No entanto, parece-nos relevante referir estes aspetos uma vez que a ausência destes cuidados poderão promover ou criar medos e ansiedade. Já algumas das técnicas de gestão do comportamento, ou de orientação comportamental, são utilizadas de forma mais específica em crianças com problemas de comportamento, que tal como referido anteriormente, podem ou não estar associadas a níveis elevados de ansiedade e medos dentários.

### **2.3.1 Aspetos não clínicos do “*setting*” odontopediátrico**

O cuidado com o ambiente no consultório pode influenciar o comportamento da criança ainda antes que sejam determinadas estratégias específicas de gestão de comportamento (McDonald, 1994, citado por Law & Blain, 2003). Uma abordagem positiva, por parte do pessoal médico e restantes funcionários do consultório, pode criar um ambiente positivo para as primeiras consultas dentárias de uma criança. Esta poderá sentir que estão a cuidar dela, sentindo-se inspirada para se comportar de uma forma apropriada. Ainda antes de se chegar ao consultório dentário, há que referir o atendimento telefónico desta, quando se procura fazer a marcação. Do ponto de vista da gestão do comportamento, a assistente ou rececionista desempenha um papel fundamental em orientar e tranquilizar os pais, contribuindo para uma comunicação eficaz.

Bordoni et al. (2010), referem que, o ambiente no consultório dentário não ter forçosamente de ser luxuoso, mas deve ter um aspeto arrumado, confortável e sobretudo ser um espaço adequado, especialmente concebido para crianças. Neste sentido, a sala de espera é de particular importância, uma vez que será ali que a criança e os seus pais começarão a formular uma opinião mais concreta acerca do tratamento dentário como uma experiência integrada. O período passado na sala de espera pode envolver

sentimentos de temor e expectativa, pelo que se devem disponibilizar atividades de distração adequadas para cada idade. A presença destes elementos transmite aos pais a ideia que tudo está preparado para receber os seus filhos. A funcionária, na sala de espera, serve também de ligação entre os pais e o profissional, permitindo a modelação da ansiedade destes e a resposta a algumas dúvidas sobre o tratamento que possam surgir. É conveniente também que exista isolamento visual e sonoro entre a sala de espera e os gabinetes dentários para que os ruídos dos instrumentos dentários e do choro das outras crianças não crie um efeito de sugestão às crianças que aguardam na sala de espera (Bordoni et al., 2010).

Não é conveniente que a sala de consulta esteja repleta de equipamentos, mas, na impossibilidade de estes se encontrarem fora do campo visual da criança, devem estar dispostos de forma organizada (Guedes Pinto, 2010). Chambers (1976) afirma que um consultório dentário atrativo não tem tanta importância como a sua utilização de forma correta. Equipamento sofisticado pode servir para distrair a criança da sua ansiedade, em certas circunstâncias, mas ao mesmo tempo, pode limitar a capacidade da criança ouvir, prestar atenção e usar informação que lhe seja fornecida. Este mesmo autor sugere que as cores do consultório devem ser claras e discretas, de forma a não causar estranheza às crianças de menor idade. Relativamente às zonas de trabalho, é conveniente que estas sejam amplas e iluminadas de forma a criar um ambiente mais acolhedor, favorável a uma boa comunicação (Bordoni et al., 2010).

Os estudos indicam que os consultórios com grande produtividade, e maior pressão de tempo tendem a resultar em mais comportamentos negativos por parte das crianças (Law & Blain, 2003). Um tempo de espera prolongado antes da consulta, um número excessivo de pacientes na sala de espera, parecem aumentar a ansiedade por transmitirem a ideia de que o tratamento será realizado apressadamente. Sessões de tratamento demoradas estão associadas a um aumento de ansiedade dentária (Márquez-Rodríguez et al., 2004). Ainda relativamente aos constrangimentos temporais, Guedes-Pinto (2010) acrescenta que as primeiras consultas devem ser rápidas para que as crianças, que são geralmente inquietas, não sejam forçadas a permanecer praticamente imóveis com a boca aberta durante longos períodos de tempo. Este fato é particularmente importante nas crianças mais novas. O autor sugere, portanto, que as consultas não excedam os 60 minutos, uma vez que os ideais 30 a 40 minutos não são muitas vezes possíveis de atingir, devido à necessidade de administrar anestesia local e

isolamento absoluto. Relativamente à hora da consulta, deve evitar-se que esta interfira com os padrões de sono da criança, uma vez que o desrespeito por este aspeto poderá levar a que esta esteja irritada e não colaborante. O autor acrescenta que, se possível, devem igualmente respeitar-se os períodos escolares e de repouso após esforços físicos e intelectuais. Uma sugestão particularmente útil é a de não serem marcadas consultas que se sobreponham a atividades que a criança aprecia, novamente para evitar uma carga emocional negativa acrescida. Law & Blain, (2003), referem ainda, que algumas crianças reagem negativamente às batas brancas, pelo que pode ser uma boa estratégia utilizar batas coloridas. As máscaras faciais usadas no consultório dentário podem afigurar-se, também, com um elemento ansiogénico, pelo que se aconselha que estas sejam colocadas imediatamente antes de se dar início aos procedimentos, e não antes.

Existem também máscaras ilustradas que conferem um aspeto lúdico ao rosto do Médico Dentista, o que poderá minorar a ansiedade.

### **2.3.2 Comunicação**

Law & Blain (2003) afirmam que a comunicação tem um duplo propósito na gestão do comportamento infantil. Por um lado tem um papel preventivo, criando um ambiente no qual a criança vai entrar. Mais tarde, torna-se parte integrante das estratégias de gestão comportamental. A comunicação é o mecanismo pelo qual o Médico Dentista transmite a natureza da relação com os pais e a criança, transmite as expectativas de todas as partes, e os parâmetros do tratamento. A comunicação pode ser verbal, sendo importante a escolha de palavras, ou não verbal. Esta última, inclui mudanças posturais, expressões faciais, gesticulações, contacto visual e toque físico, todas estas contribuindo para transmitir informação aos pais e à criança. Sarnat, Arad, Hanauer e Shohami (2001) afirmam que a comunicação verbal desempenha um papel preponderante na relação entre o Médico Dentista e a criança. Estas têm uma maior tendência ao medo/ansiedade dentária, uma vez que carecem de recursos afetivos para lidar com experiências desagradáveis e a capacidade de adiar a recompensa. O papel do clínico é de educar a criança e ensiná-la a ser cooperante e motivada para cuidar da sua saúde oral. Os profissionais podem recorrer a várias estratégias linguísticas com o objetivo de reduzir o medo e aumentar a confiança das crianças. Os autores referem um estudo de Wurster (1979), que demonstrou que o comportamento da criança depende dos padrões de comunicação do Médico Dentista.

### 2.3.2.1 Parâmetros da comunicação

A comunicação verbal pode ter várias origens que não necessária e exclusivamente do Médico Dentista. As instruções e as expectativas para o comportamento da criança poderão vir, por exemplo, da parte da assistente dentária. Os recetores da comunicação poderão, igualmente, não ser apenas a criança. A mensagem pode ser dirigida aos pais ou a outra criança que esteja a ser atendida e ainda assim ser uma boa forma de modificar o comportamento da criança. No contexto multicultural em que vivemos, as barreiras linguísticas são muitas vezes um obstáculo difícil de transpor. Os autores sugerem que nestes casos se coloque uma ênfase adicional na comunicação não-verbal ou, idealmente, no recurso a um tradutor, geralmente a assistente (Law et al., 2003). A AAPD (2011) refere que a comunicação consiste no intercâmbio de pensamentos, opiniões ou informação, que pode ser obtida por diversas formas, mas que no “*setting*” da consulta dentária é afetado, sobretudo, pelo diálogo, tom de voz, expressão facial e linguagem corporal. Os quatro ingredientes essenciais para a comunicação são:

- o emissor;
- a mensagem (que inclui expressões faciais e linguagem corporal do emissor);
- o contexto da mensagem
- o recetor.

Para que ocorra a comunicação é necessário coerência entre estes vários elementos para que exista uma correspondência entre a mensagem que se pretende enviar e aquela que é percebida (*Guidelines AAPD, 2011*). A comunicação é obscurecida sempre que o contexto ou a expressão é incongruente com a mensagem (Chambers, 1976). O autor ilustra este ponto afirmando que, quando se convida uma criança para deixar a sua mãe na zona da receção é necessário ter uma voz positiva e confiança. A mensagem pode tornar-se completamente ineficaz se o Médico Dentista transmitir sinais de nervosismo ou fizer o convite com um tom apoloético. Se a linguagem corporal transmitir incerteza, ansiedade ou urgência, o profissional não será capaz de transmitir confiança relativamente às suas capacidades clínicas. A AAPD (2011) refere que é importante comunicar com a criança no início da consulta dentária de forma a estabelecer uma relação de confiança e cumplicidade. Quando começam os procedimentos clínicos, as capacidades do Médico Dentista em guiar e moldar o comportamento tornam-se fulcrais, remetendo a partilha da informação para segundo plano. O intercâmbio bidirecional de informação dá lugar a um sistema de orientação comportamental unidirecional através

do comando. Este tipo de interação designa-se “pedidos e promessas” (“*requests and promises*”, no original), em que o Médico Dentista assume o papel de requisitor. Pode ser necessário a repetição e reformulação do pedido/comando de forma a torná-la efetiva (Guidelines AAPD, 2011).

### **2.3.2.2 Modelos e estratégias de comunicação**

O encontro verbal, no consultório dentário, enquadra-se no termo “conversa institucional” e faz parte de uma esfera alargada designada “análise de conversação” (Sarnat et al., 2001). Estes sugerem três modelos básicos que descrevem as características da conversação entre médico e paciente: “atividade/passividade”, na qual o médico tem controlo total sobre a situação (geralmente em urgências); “orientação/cooperação”, no qual o paciente aceita a direção do médico, aceitando a premissa que este tem os conhecimentos necessários para esse efeito; “participação mútua”, na qual quer o médico, quer o paciente tomam decisões em conjunto (Szasz, 1956, citado por Sarnat et al., 2001). Roter & Hall (1992) sugerem um modelo adicional designado “consumismo” no qual o paciente é o consumidor que faz pedidos ao médico. A “orientação/cooperação” é o modelo que melhor se adequa à relação estabelecida entre Médico Dentista e criança. No entanto, este modelo implica que haja compreensão e um alto grau de adesão aos tratamentos propostos, o que nem sempre se verifica, sobretudo nas crianças ansiosas. Tem sido, por isso, sugerido uma abordagem centrada na criança na qual a responsabilidade do Médico Dentista é aliviar os medos da criança ganhando a sua confiança e cooperação. Só depois de se ter atingido este objetivo é que se pode aplicar o modelo “orientação/cooperação”.

De forma a reduzir os medos infantis, tem sido proposto um modelo teórico que inclui três tipos de abordagem verbal: “permissiva”, “empática” e “pessoal” que devem ser utilizadas consoante o paciente e as circunstâncias. A abordagem “permissiva” consiste em fornecer ao paciente informação relevante acerca do tratamento de forma a reduzir as incertezas. Quatro tipos de informação têm sido descritas:

- a necessidade e os motivos para a escolha do tratamento dentário;
- informação procedimental na qual se explicam em detalhe os procedimentos que irão ocorrer;
- informação sensorial, na qual se explica o que a criança vai sentir;

- informação acerca de várias estratégias que a criança poderá adotar para lidar com o tratamento.

A técnica do “dizer, mostrar, fazer” combina informação procedimental e sensorial que são úteis para conseguir a colaboração do paciente. O uso de vocabulário não ameaçador, faz também parte desta abordagem permissiva. A abordagem empática baseia-se, na capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, sentindo e experienciando aquilo que esta está a enfrentar. Os autores referem que as três mensagens principais que devem transparecer quando se utiliza esta abordagem são: “eu preocupo-me com aquilo que sentes”, “estou a tentar compreender aquilo que sentes” e “não te sintas mal por estares a sentir-te dessa maneira”. Esta abordagem coloca a ênfase nos sentimentos da criança, e implica que o médico esteja atento e intervenha prontamente nos momentos em que esta se sente angustiada (Sarnat et al., 2001). A abordagem pessoal é útil para estabelecer ligação com a criança. Esta passa a sentir que está ser valorizada como um indivíduo, aumentando a confiança desta no Médico Dentista, aumentando a sua capacidade de suportar experiências traumáticas. Para este efeito, o Profissional deve mostrar interesse genuíno, colocar perguntas abertas, criar temas de conversação e mostrar humor durante a consulta (Sarnat et al., 2001).

Existem diversas técnicas, verbais e não-verbais, de comunicação que podem ser integradas nos modelos anteriormente referidos (Sarnat et al., 2001). O reforço positivo verbal aumenta a probabilidade de que o comportamento elogiado se repita e persista. Linguisticamente, implica o uso frequente de advérbios e adjetivos. Dar a sensação de controlo à criança, é outra estratégia que pode ser usada, que permite reduzir a ansiedade e aumentar os níveis de tolerância à dor. O uso de diretivas, instruções e pedidos implicam a autoridade do Médico Dentista e a sua capacidade de levar a criança a seguir as instruções fornecidas. Outra técnica que pode ser usada é, a persuasão que consiste no uso da linguagem para operar mudanças nas atitudes e comportamentos, que podem ser alcançados apelando às consequências, aos valores e ao relacionamento com o Médico Dentista. Sarnat et al. (2001) referem igualmente o uso de técnicas verbais aversivas como por exemplo o controle da voz. A mudança súbita no tom de voz, associada a uma expressão facial severa, e a uma diretiva explícita podem ajudar a prevenir a deterioração do comportamento de uma criança. Neste caso específico, está envolvida também uma componente não-verbal. Wright (2001) refere um estudo de Greenbaum em que a técnica de controlo de voz usada, em crianças com problemas de

comportamento, se mostrou eficaz em reduzir os comportamentos indesejáveis. A assertividade é a capacidade de exprimirmos o nosso ponto de vista de forma convincente, insistindo nos nossos direitos. A comunicação não-verbal deve também ser associada de forma coerente e integrada nos modelos comunicativos referidos. Neste âmbito, pode referir-se o tom de voz, posição corporal, expressões faciais, os gestos e o toque (Sarnat et al., 2001). Note-se que estas técnicas específicas podem ser usadas em crianças com intuito de controlar o seu comportamento (seja este ou não provocado pela ansiedade), e podem ser introduzidas na estratégia geral de comunicação com a criança. No entanto alguns autores descrevem-nas separadamente, como ferramentas que podem ser usadas para controlar crianças difíceis, juntamente com técnicas farmacológicas, e técnicas não comunicativas, como por exemplo o uso da imobilização. Optámos por referir algumas das estratégias de comunicação nesta secção, mas iremos mais adiante referi-las de novo, de forma mais aprofundada quando abordarmos as técnicas de forma isolada. Todas as técnicas referidas, agora e nesse capítulo devem inscrever-se numa estratégia geral de comunicação, que como já aqui foi referido, devem adaptar-se à criança.

Sarnat et al. (2001) concluíram um estudo, levado a cabo em contexto clínico, que apesar da abordagem empática ser a menos usada pelos Médicos Dentistas analisados, esta abordagem mostrou ter a correlação mais forte com a cooperação e satisfação das crianças. Os autores colocaram a hipótese de haver alguma relutância em abrir canais emocionais por parte dos Médicos Dentistas ou, por outro lado, uma maior dificuldade em usar esta abordagem por comparação com as descrições, explicações e instruções. A abordagem permissiva foi usada frequentemente associada à técnica do “dizer, mostrar, fazer”. A maior parte da informação fornecida à criança foi procedimental seguida por informação sensorial. Foi feita pouca demonstração e foram dadas poucas razões para justificar o procedimento. Do estudo em causa, as estratégias que providenciaram informação sensorial, e justificação da necessidade para o uso das técnicas, foram consideradas as vias mais eficazes de reduzir a ansiedade e conseguir cooperação. O reforço positivo foi usado com muita frequência, mas teve pouco impacto no comportamento da criança, quando comparado, por exemplo, com o fornecimento de instruções. Referem também um estudo de Weinstein, Getz, Ratener e Domoto (1982) onde ficou demonstrado, que o comportamento infantil inapropriado, resulta frequentemente de abordagens ineficazes do Clínico. Neste estudo demonstraram-se os

benefícios das reações empáticas quando comparadas com as súplicas (“*pleading*”) e coerção. Melamed (1983) foi também referido por Sarnat et al., (2001) na conclusão de que os efeitos do reforço positivo contribuem para uma melhor cooperação da criança. Os autores defendem, assim, o uso combinado de diversas abordagens e estratégias para ajudar a criança a ultrapassar o seu medo e cooperar melhor.

### **2.3.2.3 Comunicação e desenvolvimento cognitivo da criança**

A comunicação com crianças coloca desafios especiais ao Médico Dentista e à sua equipa. O desenvolvimento cognitivo da criança vai determinar o nível e quantidade de informação que é possível intercambiar na comunicação. O Médico Dentista deve portanto, ter uma compreensão básica do desenvolvimento cognitivo da criança de forma a poder adaptar o seu vocabulário e linguagem corporal às circunstâncias do paciente odontopediátrico (Guidelines AAPD, 2011). Chambers (1976) afirma que o desenvolvimento intelectual da criança coloca limites absolutos naquilo que pode ser comunicado com pacientes jovens. O autor refere que, até aos 3 anos de idade as crianças são geralmente incapazes de compreender algo que não sejam afirmações diretas, e pedidos referentes a objetos presentes. Afirmações como “sê uma boa menina”, “o que é que achas que eu tenho nesta caixa de brinquedos?” ou “por favor, não faças isso!” provavelmente não serão compreendidas. Entre os 3 e 5/7 anos ocorrem desenvolvimentos intelectuais que envolvem a descoberta de abstrações e uma crescente consciencialização da objetividade. As fantasias são muito pronunciadas, mas a capacidade de assumir o ponto de vista de outra pessoa é geralmente infrutífero. Questões como “gostavas que eu me estivesse a comportar como tu?”, não fazem sentido a estas crianças, ainda que possam compreender as palavras usadas. O “tenta imaginar” é muitas vezes um convite perigoso pois elas podem imaginar todo o tipo de coisas sobre as quais o Médico Dentista terá pouco controle. As crianças destas idades regem-se pelas suas próprias regras, muitas vezes inconsistentes. Entre os 5/7 e os 7/9 anos de idade as crianças são capazes de assumir o ponto de vista de outra pessoa, apesar da sua capacidade de raciocínio ser ainda bastante limitada, sobretudo no que diz respeito a abstrações. Têm dificuldade em prever as consequências das suas ações a longo prazo, tornando improvável que sejam capazes de compreender que, por exemplo a escovagem dentária pode prevenir a acumulação de placa bacteriana. Entre os 9 e os 13 anos, a criança tem dificuldade em desenvolver um raciocínio teórico pelo que todas as afirmações hipotéticas podem ser mal compreendidas. Afirmações como “se lavares

os dentes não vais ter cáries” são compreendidas de uma forma truncada: “ele quer que escove os dentes”.

#### **2.3.2.4 Aspectos práticos da comunicação**

Guedes-Pinto (2010) fornece algumas orientações acerca da forma como o Médico Dentista deve comunicar com a criança, quer em termos verbais quer ao nível da comunicação não-verbal. A forma de estar do Médico Dentista influencia a forma como a criança vai viver a situação traumática (Berggren & Meynert, 1984; Moore, 1991; Kleinhaus, 1992 e Eli, 1997, citados de Townend et al., 2000). Este autor refere, que um estudo de Milgrom (1992) concluiu que a probabilidade de um adolescente ficar muito ansioso com uma consulta dentária, é nove vezes maior se estes estiverem convictos de que o Profissional que os irá atender é distante e insensível (no original o termo empregue é “*unsympathetic*”). A sensibilidade do Médico Dentista face à ansiedade sentida pela criança é crucial, uma vez que as crianças com ansiedade dentária consideram, com maior frequência do que as não ansiosas, que o seu dentista habitual é pouco empático. Estudos mostram que a atitude do Clínico pode modular o comportamento ansioso da criança. Gale, Carlsson, Eriksson e Jontell (1984) referem que dois dos aspetos que mais provocam medo nos pacientes estão associados com o comportamento do Médico Dentista face ao doente. Este autor sugere que atitudes negativas do Profissional de saúde irá provocar respostas negativas por parte do paciente. O autor refere que, muitas vezes a mera ausência de uma relação interpessoal positiva pode ser interpretada como hostil. No estudo, levado a cabo por Gale et al., (1984), os autores concluíram que os pacientes valorizam de forma mais positiva os Médicos Dentistas que comunicam com eles, do que aqueles que não o fazem. Note-se que a interação é um fenómeno ativamente positivo e não a simples ausência de comunicação negativa. Os autores, referem um estudo de Biro e Hewson (1976), que conclui que não é necessário manifestar hostilidade ou desinteresse em relação ao paciente para gerar nestes sentimentos menos positivos. Basta para isso falhar em demonstrar uma atitude ativamente positiva.

Segundo Guedes-Pinto (2010), a abordagem inicial à criança começa logo na sala de espera. Primeiramente dever-se-à cumprimentar a criança e só depois os pais ou acompanhantes, uma vez que a primeira deve ser o foco da sua atenção. Logo de início, o diálogo deverá estar de acordo com a idade e maturidade da criança. No

preenchimento da anamnese, devem dirigir-se algumas perguntas à criança tornando-a participante da conversa de forma a criar laços. O autor refere que, algum contacto físico com a criança poderá ser benéfico, mas na eventualidade da criança se retrair face a essa aproximação, deve ser aceite, por parte do clínico, com naturalidade e respeito. O autor aconselha o Médico Dentista a não ser demasiado efusivo, beijando e pegando ao colo crianças que ainda não o conhecem, pois isto poderá retraí-las. A cumplicidade deverá surgir espontaneamente ao longo das consultas subsequentes, de forma natural, e não de forma forçada e estereotipada. De preferência, a criança deverá entrar no gabinete dentário pelo seu próprio pé, ainda que em algumas situações esta tenha de ser orientada e guiada até à cadeira. A eventual recusa da criança em entrar no gabinete ou sentar-se na cadeira deve ser enfrentada sem sinais de insegurança ou desagrado. Nestas situações, Guedes-Pinto (2010) aconselha que o Médico Dentista aja de forma segura, firme e tranquila. O autor acrescenta que o ponto principal na abordagem da criança é a forma como nos dirigimos a ela, o tom de voz, as atitudes e as palavras usadas. O autor desaconselha posturas afetadas, excessos de carinho e o uso excessivo de elogios, uma vez que poderá levar a criança a desconfiar da autenticidade do Profissional, sobretudo, nas primeiras consultas. Guedes-Pinto (2010) é da opinião que o diálogo com a criança é fundamental, pois evita que surjam silêncios prolongados, que podem levar a imaginação da criança a derivar para pensamentos negativos, que vão aumentar a sua sensação de medo, o que se pode repercutir no tratamento dentário. O Clínico deve ser capaz de encontrar assuntos, sem com isso ser demasiado falador, uma vez que isso pode ser cansativo e irritante. Caso a criança comece a chorar, o profissional deverá prosseguir o tratamento de forma tranquila, e transmitir à criança, que apesar de não a recriminar pelo choro, os seus dentes necessitam de tratamento, pelo que este terá de prosseguir. Desta forma, o autor entende que não se fornece à criança o poder de interromper o tratamento com lágrimas. Wright (2001) afirma que o Médico Dentista deve fazer um esforço para não ficar num plano mais elevado do que a criança, devendo sentar-se e falar ao nível dos olhos, para possibilitar a comunicação menos autoritária. Outra técnica sugerida é a de não acusar a criança de estar a ter um comportamento errado, mas antes reformular as indicações pela positiva, pedindo à criança para ter o comportamento desejado. O autor acrescenta também, que tal como sugerido por Wepman e Sonnenberg, a escuta ativa é um passo importante para estimular a comunicação genuína. Townend (2000) refere um estudo de Melamed, (1983) que concluiu que as críticas negativas dirigidas às crianças têm um resultado claramente

negativo em crianças ansiosas com idades compreendidas entre os 4 e os 12 anos. Referem-se ainda a dois estudos publicados em 1982 por Weistein, Getz, Ratener e Domoto que concluíram que quer a coação, quer a lisonja são contraproducentes, enquanto que a empatia e a orientação amigável conseguiam maior cooperação da criança durante o tratamento. Além disso, Weinstein & Nathan (1988) referem que as crianças reagem positivamente quando são informadas que o dentista irá reagir prontamente caso estas manifestem sinais de desconforto (Townend et al., 2000).

### **2.3.2.5 As limitações da comunicação**

Chambers (1976), defende o ponto de vista de que o Médico Dentista lida com a criança muitas vezes sem a ajuda de comunicação eficaz. O autor fornece diversos exemplos para ilustrar este ponto de vista. Num destes, sugere uma pergunta hipotética a uma criança durante a consulta dentária: "Vais ser um rapaz valente e escovar os dentes da forma que eu te mostrei?". Esta pergunta é invariavelmente seguida de uma resposta afirmativa, mas para o autor, o "sim" pode ter um significado diferente daquele que o Médico Dentista imagina. Pode querer dizer "eu não sou parvo, eu sei quando o tom de voz de um adulto não admite outra resposta que não seja o sim". Outro significado pode ser "eu não vou fornecer uma oportunidade de prolongar o tempo desta consulta". O autor acrescenta que o "sim" pode até significar "é bem verdade que sou valente" mas a resposta afirmativa quase nunca significa "eu pretendo seguir as suas indicações". O autor destaca assim, dois pontos que lhe parecem fundamentais na abordagem aos problemas de comunicação com os jovens pacientes. O primeiro destes, é que a clareza de expressão não garante uma comunicação eficaz. O segundo aspeto é que, a comunicação é um "encaixe" entre a mensagem pretendida e aquela que é compreendida. Este "encaixe" comunicacional só pode ser melhorado, se o emissor for capaz de adotar o ponto de vista do recetor, neste caso, a criança. Este fato, permite que se tire a relação paradoxal de que a comunicação é mais beneficiada pelo estudo da criança, do que pelo domínio das artes da linguagem e das técnicas persuasivas. O autor sugere um teste rápido para se determinar se a mensagem foi compreendida pela criança, que consiste em pedir à criança para dizer nas suas próprias palavras o que se acabou de dizer. O autor acrescenta que a escolha de palavras é importante sobretudo quando se lida com adolescentes e pré-adolescentes. Nas crianças mais novas verifica-se frequentemente que estas atribuem significados peculiares a palavras comuns. Um dos grandes problemas que surge frequentemente é, a tentativa de transmitir uma ideia para

a qual a criança não possui um conceito correspondente. O autor designa isto por “compreensão vazia”, o emissor está a referir-se a um “vácuo”, não importando a forma como se verbalize. As crianças compreendem instruções simples como “abre a boca”, ou “podes levantar-te da cadeira” mas muitas vezes não possuem o vocabulário mental para compreender os conceitos de autocontrolo da doença. É possível ensinar algumas destas ideias a certas crianças mas não se pode comunicar com elas acerca de conceitos que não possuem.

Chambers (1976) vai mais longe ao afirmar mesmo que a comunicação desempenha um papel secundário na gestão do comportamento infantil. O objetivo da comunicação é a compreensão, enquanto que a gestão do comportamento visa a modificação da forma como a criança age. O autor ilustra esta diferença com a técnica de controlo de voz. Mais do que aquilo que é dito, ou seja do que a mensagem, sobressaem as componentes de expressão, que vão conseguir a atenção da criança e a modificação do seu comportamento. O autor defende que, ainda que a mensagem fosse formulada num idioma estrangeiro iria causar a mesma reação. Chambers (1976) não pretende com isto desvalorizar a necessidade da comunicação com o paciente infantil mas antes realçar que, no que diz respeito à gestão de comportamentos, a transmissão de mensagem desempenha um papel secundário. Chambers (1976) sumariza o seu ponto de vista dizendo que o Médico Dentista menos bem-sucedido nas suas abordagens do paciente odontopediátrico, deposita demasiada expectativa na comunicação e no seu esforço de que a criança compreenda o seu ponto de vista; enquanto que um Clínico mais experiente lida com a criança colocando-se no lugar desta, compreendendo e prevendo o que ela irá fazer, e assumindo atitudes que ela irá ser capaz de captar com o objetivo de causar comportamentos adequados. Em suma, o autor defende que seguir instruções não demonstra necessariamente a existência de comunicação.

### **2.3.3 O papel dos pais**

Neste subcapítulo procuraremos compreender a influência dos pais sobre a consulta dentária, quer em termos da sua presença/ausência, quer em termos da sua atitude face a algumas das técnicas de gestão de comportamento que estão ao dispor do Médico Dentista.

### 2.3.3.1 Envolvimento parental na experiência dentária da criança

Feigal (2001) refere que durante muitos anos se advogou que o tratamento odontopediátrico deveria ser levado a cabo longe de olhares perscrutadores e das intervenções negativas dos pais das crianças em tratamento. A Associação Dentária Americana chegou inclusivamente, a fornecer “*posters*” atraentes para serem dispostos na sala de receção que recomendava aos pais a permanecerem na sala de espera durante a consulta dos seus filhos (Pinkham, 1991). Estes autores reconhecem que se verificaram mudanças na sociedade, no “*zeitgeist*”, e na forma como os pais educavam. Pinkham (1991) recorre à teoria unificadora de Margaret Mead para explicar as mudanças ao nível da educação. Mead descreve a forma rápida como nos Estados Unidos se transitou de uma cultura, que educava as crianças de acordo com técnicas convencionais (pós-figurativa), para um estado de transição em que já eram aceites vários tipos de modificações e experiência (configurativa), para finalmente dar lugar a estratégias contemporâneas onde são permitidos ajustes a cada instante de forma a melhor se poderem ajustar às necessidades da criança (pré-figurativo). Pinkham (1991) sugere que os pais pós-figurativos esperam que o seu filho de 3 anos de idade se comporte bem na consulta dentária, sem acompanhamento parental, porque “é suposto que assim seja”. Os pais configurativos podem optar por fazê-lo dessa forma porque foi assim que foi feito com eles, quando tinham a mesma idade, e “correu tudo bem”, ou poderão ter um desejo forte de acompanhar a criança por se recordarem de que as primeiras consultas foram penosas. Estes pais pesam na balança as suas convicções e as suas memórias. Os pais pré-figurativos só tomam uma decisão mesmo antes de chegar ao consultório. Se a criança lhes parecer ansiosa, irão provavelmente manifestar desejo de acompanhá-la. Hoje em dia, existe uma tendência crescente para aceitar a presença dos pais no tratamento odontopediátrico. A participação dos pais na tomada de decisões clínicas, através do consentimento informado, é hoje a regra e não a exceção. Tal fato, tem contribuído para elucidar os pais acerca dos métodos e técnicas usados nas suas crianças (Feigal, 2001).

Foi na década de 80, do século XX, que a pressão jurídica tornou claro que o consentimento informado deveria ser imprescindível na comunicação com os pais. Estas forças levaram a que se passasse a desenvolver programas de educação parental e a gradualmente aceitar a presença dos pais no consultório como o “próximo passo lógico” (Feigal, 2001). A literatura recente tem demonstrado o interesse dos pais em

acompanhar os seus filhos durante procedimentos sensíveis (Kamp, 1992; Haimi-Cohen, 1996; Fenlon, 1993; citados por Feigal, 2001). O Médico Dentista de hoje tem de compreender que, o desejo dos pais em acompanhar a consulta, não representa uma desconfiança intelectual ao trabalho do clínico, ou às suas capacidades em lidar com a criança, mas apenas e tão-somente a uma necessidade de se certificarem visualmente, de que a criança está em segurança (Pinkham, 1991). Este autor destaca também, que a decisão dos pais foi tomada objetivamente, apesar de ter tido uma origem emocional. O autor sugere que este impulso poderá ter na sua génese o desejo latente, mas natural de proteger a criança.

Feigal (2001), defende que a presença dos pais no consultório, apesar de não ser obrigatória, pode trazer vários benefícios, para além da obtenção do consentimento informado. No entanto, esta abertura aos pais, implica a necessidade de comunicar eficazmente com estes, sem comprometer a independência do Médico Dentista relativamente aos tratamentos necessários. O autor sugere ainda que deve ser transmitido aos pais que poderão vir a ser convidados a sair caso as circunstâncias assim o exijam. O autor afirma que utiliza a seguinte frase quando se dirige aos pais na sala de espera: “Nós temos uma política de porta aberta. Pode entrar ou sair se assim o desejar. Mas também me reservo ao direito de lhe dizer, baseado na minha longa experiência a tratar crianças, quando eu penso que o seu filho beneficiará mais se regressar à sala de espera. Você poderá nesse momento decidir se quer ou não sair” (Feigal, 2001). O autor acrescenta três vantagens da presença parental, baseadas em estudos anteriores: não existe aumento do comportamento negativo com a presença dos pais; estes têm grande interesse em acompanhar os seus filhos e por último tem sido demonstrada melhorias ao nível do comportamento, e redução da ansiedade, quer na Medicina, quer na Medicina Dentária quando os pais se encontram envolvidos. Feigal (2001), enumera outra vantagem importante, que é o fato de os pais ouvirem as instruções de saúde oral fornecidas à criança durante a consulta, o que permite que os pais a possam reforçar em casa. A presença dos pais é particularmente tranquilizadora para as crianças mais novas, mais imaturas ou com limitações cognitivas. O autor reconhece que também existem desvantagens à presença dos pais no consultório. Arnrup, Broberg, Berggren e Bodin (2003) referem que a interação entre pais e crianças durante a consulta dentária é crítica para tornar a criança capaz de lidar com a situação, mas reconhece que alguns pais exibem um comportamento desorganizado em períodos de grande *stress*, levando as

crianças a manifestar ansiedade em vez de contribuírem para a acalmar. É portanto necessário que o profissional seja capaz de contornar estas situações, gerindo se necessário, quer a criança quer o adulto (Feigal, 2001). Crossley & Joshi, (2002), levaram a cabo um estudo no Reino Unido, onde se verificou que 80% dos Médicos Dentistas inquiridos eram a favor do acompanhamento parental durante o tratamento. 61% dos clínicos entrevistados manifestaram convicção que esta presença parental contribuía para diminuir a ansiedade infantil. Apenas 13% afirmaram preferir que os pais aguardassem na sala de espera.

### **2.3.3.2 Atitude dos pais face a algumas técnicas de gestão de comportamento**

Peretz et al., (1999), afirmam que a escolha das técnicas de gestão de comportamento, depende entre outros fatores, da necessidade da criança no momento do tratamento, o tipo e urgência e a aceitação parental. Já não é possível assumir o pressuposto de que os pais aceitarão qualquer tipo de técnicas de gestão de comportamento.

Peretz et al., (1999) citam Murphy (1994) que foi um dos primeiros a investigar a atitude dos pais face a diversas técnicas de gestão de comportamento utilizadas rotineiramente em crianças. Chegou à conclusão que a maior parte dos procedimentos eram avaliados muito negativamente pelos pais. As abordagens farmacológicas, mão-sobre-a-boca (“*hand-over-mouth*”), e técnicas de restrição física foram as menos aceites, seguida da técnica de controlo de voz. As técnicas mais aceites, neste estudo, foram o reforço positivo e o dizer-mostrar-fazer. Investigações posteriores revelaram que, quando era explicado aos pais a utilidade e a forma como os procedimentos eram levados a cabo, as suas atitudes face a estes, melhoravam significativamente. Num estudo de Peretz et al., (1999), o autor concluiu que só 4% dos pais preferia deixar a decisão da escolha das técnicas de gestão de comportamento com o Médico Dentista. A maior parte dos pais, neste estudo, considerou as técnicas de relaxamento e de explicação como as preferíveis. Relativamente às técnicas específicas, a técnica de controlo de voz foi aceite por quase todos os pais, a sedação consciente por cerca de um terço, e a restrição física por menos de um quarto. Scott & Garcia-Godoy (1998), estudaram uma população hispânica, relativamente à utilização de algumas técnicas de gestão de comportamento. Este grupo pertencia a um estrato socioeconómico mais desfavorecido, o que tem sido associado na literatura a diferenças na aceitação das técnicas de gestão de comportamento. As técnicas verbais foram as mais aceites,

seguidas das técnicas farmacológicas e só depois as técnicas de controlo físico. Um achado interessante, deste estudo, foi que os pais, desta população, manifestaram mais aversão pela técnica da “mão sobre a boca” do que a anestesia geral. Este ponto de vista, é rapidamente modificado quando são explicados aos pais os riscos associados à anestesia geral. No entanto, a técnica da “mão sobre a boca” ou o uso de tábua de Papoose (“*Papoose board*”) são mal aceites, mesmo após estes serem explicados, o que pode revelar uma tendência futura no sentido do abandono destas técnicas. Fúccio et al., (2003) chegam a conclusões semelhantes num estudo levado a cabo na população brasileira, em que se pôde concluir que as técnicas não restritivas foram as mais bem aceites pelos pais. As técnicas restritivas e farmacológicas foram menos aceites.

### **2.3.4 Técnicas de gestão de comportamento**

Existem inúmeros critérios diferentes para agrupar as técnicas de gestão de comportamento. Podem agrupar-se por exemplo em farmacológicas e não-farmacológicas, aversivas e não-aversivas entre outras. Optámos por agrupar as técnicas em básicas e avançadas, seguindo o critério da American Association of Pediatric Dentistry (AAPD) nas suas Guidelines. Note-se que o critério para classificar uma determinada técnica como sendo “básica” ou “avançada” poderá variar de região para região e de Profissional para Profissional. Não pretendemos portanto sugerir que este critério de classificação académico seja único e tenha forçosamente de ser aplicado da forma que a AAPD sugere, uma vez que a realidade dos Estados Unidos da América é diferente da realidade europeia, e da realidade portuguesa em particular. Acrescentámos igualmente um subcapítulo onde referimos outras técnicas que têm sido sugeridas pela literatura como eventualmente úteis na gestão dos problemas de comportamento, mas que não figuram das “*Guidelines*” da AAPD. Outro aspeto que importa realçar que existem técnicas mais vocacionadas e apropriadas para utilizar com uma criança ansiosa do que outras. Optámos por não fazer essa distinção uma vez que a heterogeneidade da problemática, e a eventual concorrência de outros fatores tornam esta divisão algo arbitrária. A escolha da técnica a usar está em última instância nas mãos do Clínico que terá sempre de decidir de acordo com as circunstâncias que se deparam diante dele.

#### **2.3.4.1 Técnicas básicas**

Mais do que uma coleção de técnicas isoladas a orientação do comportamento deve

incluir a gestão da comunicação, como um processo subjetivo contínuo que se torna a extensão da personalidade do dentista. Esta gestão comunicativa inclui as técnicas específicas do dizer-mostrar-fazer, controle de voz, comunicação não-verbal, reforça positivo e distração. A presença/ausência dos pais e o uso de óxido nitroso são também considerados pelas *Guidelines* da AAPD como técnicas básicas, que podem ser usadas na maioria dos casos. Na Europa, o uso do óxido nitroso não é utilizado de forma tão liberal como nos Estados Unidos, no entanto, optamos por mantê-lo neste subcapítulo por uma questão de clareza acadêmica. (*Guidelines* AAPD, 2011)

#### 2.3.4.1.1 “Dizer-Mostrar-Fazer”

Esta técnica de modificação de comportamento sugerida por Addelston em 1959, é amplamente utilizada e aceita pelos Médicos Dentistas e pelos pais das crianças. Baghdadi (2001) afirma que esta técnica funciona com base no princípio da dessensibilização, ou princípio da habituação. A dessensibilização consiste na exposição sucessiva ao estímulo ansiogénico o número de vezes necessárias até que este deixa de provocar uma sensação de medo. Esta técnica envolve a explicação verbal dos procedimentos, mediante o uso de frases apropriadas ao nível do desenvolvimento do paciente (“dizer”). A componente do “mostrar” consiste em demonstrações dos aspetos visuais, auditivos, olfativos e táteis do procedimento de uma forma cuidadosamente definida e não ameaçadora. A última componente é o “fazer” que deve ser levada a cabo no seguimento da explicação e da demonstração, e consiste em levar a cabo o procedimento. Esta técnica pode interromper fantasias assustadoras sobre a experiência odontológica, deixando a criança mais tranquila (Musselman, 1991; Pinkham, 1995, citados por Ramos-Jorge, 2003). Os objetivos desta técnica, segundo a AAPD, são o de ensinar ao paciente os aspetos mais importantes do tratamento a que está a ser submetido e familiarizá-lo com o “*setting*” dentário. O segundo objetivo, é moldar as respostas da criança aos procedimentos através da dessensibilização e a correta adequação das expectativas da criança ao procedimento que irá ter lugar. A AAPD refere que esta técnica não tem contraindicações e pode ser usada com qualquer paciente (*Guidelines* AAPD, 2011).

#### 2.3.4.2.2 Controle de voz

O controlo de voz tal como já foi referido, consiste numa alteração controlada do volume, tom ou ritmo do discurso para influenciar e dirigir o comportamento do

paciente. Os pais que não estejam familiarizados com esta técnica aversiva, poderão considerá-la inapropriada, pelo que é conveniente explicá-la previamente à sua utilização para prevenir mal entendidos. Os objetivos do controle de voz são o de ganhar a atenção e obediência da criança, estabelecer limites diferenciando o papel do adulto/criança, e interromper comportamentos negativos ou de evitamento. Esta técnica não deve ser usada em crianças com dificuldades auditivas (*Guidelines AAPD, 2011*). Ramos-Jorge et al., (2003) afirmam que o uso desta técnica deve ser reservado para as crianças que manifestem comportamento agressivo, histérico ou de excessiva resistência, pelo que a sua utilidade em crianças com problemas de comportamento com origem na ansiedade dentária é reduzida.

#### 2.3.4.2.3 Comunicação não-verbal

A comunicação não-verbal consiste no reforço e orientação do comportamento através de contacto apropriado, postura, expressão facial e linguagem corporal. Os objetivos deste tipo de comunicação são o de aumentar a eficácia da comunicação e de ganhar ou manter a atenção e obediência da criança. Pode ser usada em qualquer criança e não tem contra-indicações. (*Guidelines AAPD, 2011*)

#### 2.3.4.2.4 Reforço positivo

O reforço positivo é uma modalidade de controlo de comportamento que tem como base os princípios de condicionamento clássico descobertos por Ivan Pavlov em 1927, que veio a ser desenvolvido e modificado na teoria do condicionamento operante de B.F. Skinner. Segundo Baghdadi (2001), os teóricos behavioristas acreditam que o condicionamento operante forma o padrão de todos os tipos de comportamento, e depende de dois tipos de consequências: o reforço e a aprendizagem aversiva. Há dois tipos de reforço, o positivo e o negativo. Se a um comportamento se seguir uma consequência agradável, o comportamento que deu origem a esta consequência torna-se mais provável de acontecer no futuro. Pelo contrário, se a resposta reforçada levar à eliminação de um estímulo indesejado, a resposta foi reforçada negativamente. O reforço positivo é uma técnica que consiste na recompensa dos comportamentos desejados, pelo Médico Dentista, aumentando, desta forma, a probabilidade de estes voltarem a acontecer. Podem ser de dois tipos: reforços sociais, que podem incluir modulações de voz positivas, expressões faciais, elogio verbal e demonstrações de afeto por parte de todos os membros da equipa dentária e reforços não sociais que incluem

“tokens” ou brinquedos. O objetivo é reforçar o comportamento desejado, não havendo contraindicação, e podendo ser usado em qualquer paciente (Guidelines AAPD, 2011). Os princípios do condicionamento operante podem ser usados também negativamente, no contexto da medicina dentária, apesar de não serem referidos explicitamente nas *guidelines* da AAPD. Baghdadi (2001), fornece os exemplos de castigos, omissões (retirada de reforços positivos), ou evitamento (no qual o sujeito evita um estímulo desagradável ao adotar uma resposta adequada). Este tipo de técnicas enquadram-se no campo das técnicas ditas “aversivas” e têm perdido terreno face a outras abordagens não aversivas.

#### 2.3.4.2.5 Distração

A distração é uma técnica que consiste em fazer divergir a atenção do paciente para longe de um procedimento que pode ser visto como sendo desagradável. Dar ao paciente um intervalo curto, durante um procedimento, pode ser considerado um uso eficaz da distração e ser uma alternativa válida ao uso de técnicas mais avançadas da gestão de comportamento. Os objetivos da distração são o de reduzir as percepções desagradáveis e contornar comportamentos negativos ou de evitamento. Pode ser usado em qualquer paciente e não tem contraindicações (*Guidelines* AAPD, 2011). A distração pode surgir de várias formas, uma das quais consiste no uso da música, apesar de esta não ser particularizada nas *guidelines* da AAPD. A distração auditiva é uma técnica não aversiva na qual os pacientes ouvem música, ou histórias, durante procedimentos stressantes. Apesar de esta técnica envolver mecanismos psicológicos e fisiológicos que não estão completamente compreendidos têm sido levado a cabo estudos que usam esta técnica em associação com outras formas de gestão de comportamento. Aitken et al., (2002) referem que Corah conseguiu demonstrar a eficácia da distração por vídeo e via gravações de áudio com instruções de relaxamento, mas não com música. Aitken, Wilson, Couty e Moursi (2002) citam outros estudos (Ingersoll, 1984 e Stark, 1989) em que se conseguiu a redução de comportamento não cooperante com o recurso a gravações de áudio com histórias. Um estudo de Parkin demonstrou, numa amostra pequena os benefícios da música ambiente em reduzir a ansiedade de pacientes odontopediátricos. Fora da Medicina Dentária têm havido vários estudos que concluem que o uso de música antes ou durante o procedimento reduzem os níveis de ansiedade. Aitken et al., (2002) levaram a cabo uma investigação que concluiu que apesar da distração musical não ter produzido redução da dor, ansiedade ou comportamentos

disruptivos, foi muito bem recebido pelas crianças que manifestaram o desejo de ouvirem música nas consultas seguintes. No estudo de Lahmann et al., (2008) concluiu-se que a distração musical foi benéfica na redução do estado de ansiedade por contraste com um grupo em que não foi aplicada esta técnica. Os resultados não foram, no entanto, muito significativos. Os autores sugerem que um dos mecanismos que pode estar associado aos benefícios da distração musical consiste no esbatimento dos sons ansiogénicos do consultório dentário. Corah, Gale, Pace e Seyrek (1981) referem um estudo de Silberstein (1977) onde este sugere que a música pode ser tão eficaz como o óxido nitroso e que é particularmente eficaz quando o programa musical é selecionado pelo paciente. O estudo de Corah et al., (1981) concluiu que os benefícios da música existem, mas situam-se ao nível do efeito placebo.

#### 2.3.4.2.6 Presença/ausência dos pais

A abordagem a esta temática já foi feita anteriormente. As vantagens da presença dos pais no consultório dentário são vastas e traduzem igualmente as mudanças sociais que têm ocorrido desde os anos 80 do século XX. Não obstante, é privilégio do Médico Dentista convidar os pais a deixar a criança sozinha, no consultório dentário, caso as circunstâncias a isso aconselhem. A AAPD considera que a presença dos pais não é aconselhável caso estes sejam incapazes, ou não estejam dispostos, a fornecer o apoio eficaz à criança. Esta técnica pode ser usada em qualquer criança.

#### 2.3.4.2.7 Óxido nitroso

A inalação de óxido nitroso é descrita pela AAPD como uma forma segura e eficaz de reduzir a ansiedade e melhorar a comunicação. O início de ação é rápido, os efeitos podem ser modulados ou revertidos e a recuperação é rápida e completa. O óxido nitroso é também responsável por causar algum grau de analgesia, amnésia e redução do reflexo do vômito. A “*American Academy of Pediatrics*” (2006) acrescenta que o equipamento que administra óxido nitroso tem de ter a capacidade de fornecer 100% e nunca menos de 25% de concentração de oxigénio, a uma velocidade de administração apropriada ao peso da criança. Quando o equipamento, que administra concentrações variáveis de oxigénio e óxido nitroso, cobre a boca e o nariz, deve ser usado em associação com um medidor de concentração de oxigénio. O uso de óxido nitroso, para sedação mínima, é definido como a administração de 50% ou menos de óxido nitroso, sendo a restante parte da mistura composta por oxigénio, sem uso adicional de qualquer

outro sedativo, narcótico ou outra droga com efeitos depressores, num paciente saudável (ASA I ou II). O paciente deve ser capaz de manter comunicação verbal durante o procedimento. Se o óxido nitroso for usado em associação com outros sedativos, como o hidrato de cloral, Midazolam ou um opióide, ou se a concentração de óxido nitroso for superior a 50%, a probabilidade de ocorrer sedação moderada ou profunda aumenta, obrigando o clínico a adaptar-se à resposta do paciente e a adotar as medidas que esta situação implica. Esta técnica permite a sedação consciente e deve ser considerada como alternativa ao uso de outros sedativos como as Benzodiazepinas (Arnez et al. 2011), que serão referidas brevemente.

#### **2.3.4.2 Técnicas Avançadas**

É possível lidar com a maioria das crianças usando as técnicas referidas anteriormente. No entanto, ocasionalmente, surgem situações particularmente complexas que exigem o uso de técnicas mais avançadas. Estas crianças são muitas vezes incapazes de colaborar devido a limitações psicológicas, imaturidade mental e/ou emocional, deficiência física ou mental e patologia médica. As técnicas de gestão de comportamento avançadas geralmente usadas e recomendadas pela AAPD compreendem a estabilização protetora, sedação e anestesia geral. Estas técnicas implicam uma formação especializada que, geralmente não é administrada no treinamento básico de um Médico Dentista.

##### **2.3.4.2.1 Estabilização protetora**

A definição geral de estabilização protetora (“*protective stabilization*”), segundo a AAPD, consiste na restrição dos movimentos do paciente, com ou sem a permissão dos pais, de forma a reduzir os riscos de lesão, permitindo a conclusão segura do tratamento. A restrição poderá envolver a ação física de membros do *staff*, ou os pais (contenção ativa), ou aparelhos de estabilização ou uma combinação de ambas. O uso destas técnicas pode potencialmente provocar consequências sérias, tal como dano físico ou psicológico, perda de dignidade e violação dos direitos do paciente (AAPD, 2011). Os aparelhos de estabilização podem restringir os movimentos respiratórios pelo que devem ser usados com precaução, especialmente em pacientes asmáticos, ou com outros tipos de compromisso respiratório e/ou que estejam sob medicação com potencial para provocar depressão respiratória. Estes riscos e possíveis consequências, obrigam o Médico Dentista a avaliar cuidadosamente a situação e o paciente em causa,

certificando-se de que não existem outras alternativas mais viáveis para levar a cabo o tratamento. A escolha do tipo de estabilização protetora deve favorecer a segurança e a eficácia, sendo ao mesmo tempo o menos restritiva possível. A decisão de usar esta técnica deverá tomar em consideração os seguintes fatores: outras modalidades alternativas de gestão de comportamento; as necessidades de tratamento dentário do paciente; os seus efeitos na qualidade do tratamento dentário; o desenvolvimento emocional do paciente e, por fim, as considerações físicas e médicas da criança. O uso destas técnicas implicam, necessariamente, a obtenção do consentimento informado junto dos pais, mesmo que sejam estes a proceder à imobilização, ou a colaborar com esta. Quando possível, deve ser explicado ao paciente a necessidade da restrição, dando-lhe oportunidade de responder (AAPD, 2011). Os objetivos do uso desta técnica são a redução ou eliminação de movimentos contraproducentes, a proteção da integridade física do paciente, *staff* médico, dentista ou pais, e realização do tratamento proposto. A estabilização é indicada quando o paciente requiere diagnóstico ou tratamento imediato e não possui capacidade para cooperar e quando a integridade física dos intervenientes está em causa. É de notar que a estabilização pode ser ligeira nos casos em que o paciente se encontra sedado. A técnica é contraindicada em pacientes cooperantes e não sedados, ou que não possam ser imobilizados de forma segura devido a condições médicas ou físicas. A AAPD (2011) desaconselha, igualmente, o uso desta técnica em pacientes que tenham sofrido dano físico ou psicológico em experiências anteriores de estabilização, ou nos casos em que o paciente requiere tratamentos prolongados que não sejam de emergência. É dada a indicação adicional de que uma criança imobilizada deve ser monitorizada de perto em intervalos de tempo regulares, sendo que a estabilização protetora deve ser interrompida em pacientes que manifestem *stress* severo, de forma a prevenir dano físico ou psicológico.

#### 2.3.4.2.2 Sedação

A sedação pode ser definida como um estado de depressão do nível de consciência induzida por fármacos, e pode classificar-se segundo três diferentes níveis de intensidade. De acordo com as doses administradas e as respostas individuais do paciente, o resultado pode variar desde a consciência associada a uma sensação de tranquilidade até à inconsciência.

A ansiólise ou sedação mínima consiste no estado de tranquilidade e calma induzido por

fármacos, durante a qual, o paciente responde normalmente aos comandos verbais. Embora as funções cognitivas e de coordenação possam estar comprometidas, a função cardiovascular e ventilatória estão preservadas. Neto (2009) refere que os fármacos mais frequentemente usados para sedação ligeira são o Diazepam, Alprazolam, e Midazolam. As Benzodiazepinas são consideradas seguras devido à grande margem que existe entre as doses terapêutica e tóxica. Têm propriedades ansiolíticas, amnésicas, sedativo-hipnóticas, relaxantes musculares e anticonvulsivantes. A sedação com Midazolam é considerada eficaz nos procedimentos dentários em idade pediátrica por não ter havido casos de instabilidade hemodinâmica, baixa na saturação da hemoglobina em O<sub>2</sub>, nem desinibição excessiva. Apesar de ser uma substância segura, podem ocorrer gritos incontroláveis, desorientação e agitação psicomotora (Dorman, Wilson, Stone e Stassen, 2007 e Robb, Hosey e Leitch, 2003). Os antagonistas das benzodiazepinas usadas para este efeito são o Flumazenil e a Naloxona.

A sedação profunda é uma depressão da consciência induzida por drogas, da qual o paciente não acorda facilmente, respondendo no entanto aos estímulos dolorosos repetidos. A capacidade de manter a função ventilatória espontânea pode estar comprometida. O paciente pode precisar de assistência para a manutenção da permeabilidade de vias aéreas e/ou suporte ventilatório. A função cardiovascular está frequentemente preservada. De acordo com respostas individuais e doses de medicações administradas, a depressão do nível de consciência pode ser ainda mais profunda, atingindo o nível de anestesia geral. Este nível de sedação é geralmente reservado a anesthesiologistas ou pessoal médico com formação especializada nesta área (Neto, 2009). Uma vez que o nível de sedação desejado pode ser excedido involuntariamente, o Médico Dentista deve ter a capacidade e os conhecimentos e o equipamento requerido para poder resgatar a criança de um nível de sedação mais profundo (Neto, 2009; AAP 2006).

A sedação pode ser usada de forma segura e eficaz em crianças incapazes de receber cuidados de saúde oral devido à sua idade, ou condições médicas, físicas e mentais. O uso de sedação consciente exige consentimento informado, o fornecimento de instruções e avaliações aos pais, uma avaliação do estado geral de saúde da criança, um registo no processo que deve incluir o nome, dose, via e hora de administração e os efeitos do medicamento no paciente. Deve também ser registada o nível de consciência

da criança, sua responsividade, ritmo cardíaco, pressão arterial, ritmo respiratório e saturação de oxigênio durante o tratamento, até ao momento em que o paciente abandona o consultório. Devem também ser registados eventuais efeitos adversos e a condição do paciente no momento da alta. Os objetivos da sedação são o de preservar a segurança e bem-estar do paciente odontopediátrico, minimizar o desconforto físico e a dor, controlar a ansiedade, minimizar o trauma psicológico e maximizar o potencial para que ocorra amnésia. Pretende-se igualmente, controlar o comportamento e/ou movimentos para que seja possível levar o tratamento a bom termo. A sedação visa, igualmente, permitir a devolução segura do paciente aos seus pais. Kupietzky (2004) afirma que ainda que a criança sedada possa chorar durante o procedimento, esta não sente dor, e o grau de desconforto é também ele baixo. A AAPD refere que a sedação é indicada para crianças temerosas e ansiosas com as quais não foi possível modificar o comportamento com recurso às técnicas básicas, ou crianças que sejam incapazes de cooperar devido a imaturidade emocional ou psicológica e/ou deficiência física, mental ou doença médica. É também indicada em crianças para as quais a sedação poderá contribuir para proteger o desenvolvimento psicológico. A AAPD (2011) refere como contraindicações os pacientes cooperativos, com pouca necessidade de tratamento dentário e todos aqueles com predisposição médica, ou condições físicas que tornem a sedação desaconselhável. A literatura recomenda um período de 20 minutos prévios à alta, na qual a criança terá de demonstrar a capacidade de manter a vigília. Isto, porque, as crianças que tenham recebido antagonistas dos fármacos sedativos, como sejam Flumazenil ou Naloxona, poderão entrar de novo num estado de sedação uma vez que o sedativo poderá ter um período de ação mais longo do que o fármaco antagonista, (Neto, 2009; AAP 2006). Feigal (2001) afirma que o uso de técnicas farmacológicas de gestão de comportamento acarretam riscos e custos, assim também como dificulta o processo de comunicação e aprendizagem da criança. Assim, este tipo de intervenção deve estar sempre que possível associado a técnicas comunicativas.

#### 2.3.4.2.3 Anestesia geral

A anestesia geral consiste num estado controlado de inconsciência acompanhado por uma perda dos reflexos de proteção, incluindo a capacidade de manter as vias aéreas em funcionamento de forma independente e a capacidade de responder a estimulação física ou comando verbal. O uso de anestesia geral pode ser necessário para providenciar tratamentos dentários de qualidade à criança. A AAPD (2011) refere que este

procedimento pode ser feito em meio hospitalar ou no consultório dentário caso se reúnam as condições para o efeito. A decisão de recorrer a anestesia geral deve tomar em linha de conta a possibilidade de existirem técnicas alternativas da gestão de comportamento, assim também como o imperativo, ou não, de levar a cabo o tratamento e os benefícios que este pode trazer ao paciente. Devem ser, igualmente, tidos em consideração o desenvolvimento emocional da criança e o seu estado geral de saúde. Antes da administração da anestesia geral, devem ficar registados no processo do paciente os motivos para o uso da anestesia geral, consentimento informado, as instruções fornecidas aos pais, as instruções sobre a ingestão de alimentos e uma avaliação geral do estado de saúde. Devem ficar registados, também, o ritmo cardíaco do paciente, a pressão arterial, ritmo respiratório e saturação de oxigénio, em intervalos específicos durante o procedimento e até se reunirem as condições da alta. Deve, igualmente, ficar registado o nome, via de administração, hora e dosagem do fármaco empregue, outros fármacos utilizados, incluindo a anestesia local, e os respetivos efeitos sobre o paciente. Na eventualidade de ocorrerem efeitos adversos devem, igualmente, ficarem registados. Os objetivos da anestesia geral são o de fornecer cuidados dentários seguros, eficazes e eficientes, eliminar a ansiedade, reações comportamentais adversas ao tratamento, elevar a cabo os procedimentos necessários em pacientes comprometidos física ou mentalmente e a eliminação da resposta de dor do paciente.

#### **2.3.4.3 Outras técnicas**

As próximas técnicas não foram referidas nas *Guidelines* da AAPD, motivo pelo qual foram colocadas separadamente neste subcapítulo. Existem certamente outras técnicas, não referidas neste trabalho. Expusemos aquelas que nos pareceram mais fundamentadas, de entre aquelas que encontramos na nossa revisão de artigos científicos consultados.

##### **2.3.4.3.1 Hipnose**

Historicamente, a Europa e os Estados Unidos, do século XIX, foram influenciados fortemente pelo trabalho de Franz Anton Mesmer, que fez surgir uma multitude de trabalhos com maior ou menor credibilidade, que davam contas das vantagens da hipnose para o tratamento médico e psiquiátrico. Alguns dos relatos mais credíveis de sucesso, na utilização do hipnotismo e outras formas de visualização mental, envolviam o relaxamento e a analgesia. Os Médicos Dentistas, dessa época, utilizaram o

hipnotismo como ferramenta uma vez que não dispunham de grandes possibilidades de escolha ao nível dos analgésicos e sedativos. O uso da hipnose perdeu terreno com o desenvolvimento farmacológico da analgesia. No entanto, ainda existem investigadores, nos dias de hoje, que procuram aplicar a técnica do hipnotismo regularmente no campo da pediatria (Feigal, 2001). O autor dá o exemplo de Leora Kuttner que encontrou melhorias significativas na aceitação das crianças a procedimentos médicos, utilizando o hipnotismo, a visualização mental (“*mental imagery*”), e o envolvimento dos pais. O autor refere também, os pediatras Karen Olness e Don Kohen, que foram pioneiros em usar estratégias de hipnose em pacientes jovens, obtendo resultados idênticos, ou superiores aos obtidos pela via farmacológica. Feigal (2001) refere ainda os estudos de Bernick (1972), Kleinhauz (1993) como exemplo de investigadores que abordaram a hipnose como ferramenta para lidar com crianças em odontopediatria. Accardi & Milling (2009) referem um estudo de London (1965) que afirma que a sugestibilidade aumenta a partir dos três anos, até aos doze anos, declinando a partir daí. Isto sugere que o uso desta técnica, em pediatria, é bastante viável. Os primeiros autores acrescentam, após uma revisão sistemática de artigos que abordam a hipnose como método de redução de dor, que esta é tão ou mais eficaz do que os tratamentos médicos tradicionais. Independentemente da aceitação, ou não, das técnicas de hipnose e visualização mental, é possível adotar alguns aspetos destas técnicas na comunicação, como seja o uso de uma voz calma e envolvente, ou de imagens positivas.

#### 2.3.4.3.2 Relaxamento

Lahmann et al., (2008) fazem menção a um estudo de Berggren et al., (2000) no qual se verificou que treinar os pacientes progressivamente a relaxar a musculatura, levou a uma redução da ansiedade mais significativa do que as clássicas abordagens cognitivas. Os primeiros autores sugerem que a perceção de controlo que se consegue através do relaxamento tem influência sobre os níveis de dor aguda reduzindo assim, a ansiedade dentária. Esta técnica é aplicada dando instruções aos pacientes para efetuarem pequenos movimentos de articulações durante uma expiração relaxada, enquanto se concentram nas mudanças corporais sentidas quando os movimentos são levados a cabo. Desta forma, os sujeitos fazem interagir a sua relação com o solo (suporte externo) com o esqueleto (designado como a matriz ou suporte interno) e as regiões internas do corpo e da pele (Lahmann et al., 2008). Neste estudo, o relaxamento muscular provou ser mais eficaz do que outros métodos ansiolíticos como sejam a distração pela música. Os

resultados foram particularmente eficazes nos pacientes com altos níveis de ansiedade dentária. Os autores sugerem que o sujeito passe a ser capaz de controlar a sua percepção de *stress* levando a uma redução da sensibilidade à dor.

#### 2.3.4.3.3 Técnicas de modelação

Stokes & Kennedy (1980) referem que têm sido recomendadas técnicas de modificação de comportamento infantil que envolvem uma exposição prévia aos procedimentos e “*setting*” dentário. Os autores referem estudos, como o de Melamed (1975), que abordam o uso de técnicas de modelação. Um destes estudos consistiu em expor as crianças ao visionamento de um filme onde se pode ver uma criança a receber tratamento dentário, com um clínico amigável, que respondia às suas capacidades de enfrentamento da situação com louvores e empregando técnicas de reforço positivo. Estas crianças mostraram melhor comportamento e grau de cooperação do que o grupo de controlo. Johnson e Machen (1973) levaram a cabo outro estudo, referido igualmente por Stokes & Kennedy (1980), no qual se concluiu que os grupos sujeitos a modelação tiveram um comportamento superior ao das crianças submetidas a técnicas de dessensibilização (como a técnica do dizer-mostrar-fazer). Os autores referem também um estudo de White et al., (1974) no qual crianças observaram, através dum espelho unidirecional, o comportamento de outra criança a ser tratada “ao vivo”. Este estudo demonstrou igualmente, que esta técnica de modelação foi superior aos resultados obtidos nos grupos de controlo. O estudo de Stokes & Kennedy, (1980) obteve resultados semelhantes. Note-se que a modelação pode surgir de forma espontânea no consultório dentário, quando estão a ser acompanhadas outras crianças. A influência da modelação poderá ser negativa, caso a criança observada manifeste angústia ou ansiedade, face ao tratamento a que está a ser submetida. Fox & Newton (2006) levaram a cabo um estudo no qual procurou verificar se a exposição prévia das crianças a imagens positivas de outros pacientes odontopediátricos, durante tratamento dentário, era um método eficaz para reduzir ansiedade baseando-se no princípio de modulação. Os resultados obtidos confirmaram esta hipótese, tendo-se verificado uma diminuição dos níveis de ansiedade nas crianças submetidas ao estímulo referido.

#### 2.3.4.3.4 Restruturação de memória

Pickrell et al., (2007) referem que a sugestão de informação acerca de um evento, após este ter ocorrido, pode afetar a memória do evento original. Esta abordagem visa a

modificação futura de comportamento no consultório dentário, realiza-se após o procedimento e baseia-se no princípio da maleabilidade da memória. Os autores consideram que é vantajoso poder recorrer a um procedimento que pode ser aplicado após a criança ter experienciado uma consulta dentária particularmente penosa e inesperada. A sugestão de uma falsa memória implica a introdução de sugestões visuais, verbalização, exemplos concretos e transmissão à criança de um sentido de sucesso. O primeiro ponto pode ser obtido mediante o uso de uma fotografia tirada à criança durante a consulta ansiogénica. Esta fotografia é usada como estímulo visual, de forma a estimular a criação de uma falsa memória. A exposição à fotografia é acompanhada por comentários verbais referindo o quão feliz ela estava ou elogiando o seu sorriso. A segunda componente da intervenção consiste em, por exemplo, perguntar à criança se ela contou aos pais o quão bem se comportou, ou o quão corajosa ela foi na consulta ansiogénica. Independentemente da resposta, o responsável pela intervenção, ensaiava com a criança a forma como esta deveria contar o episódio aos seus pais. Esta técnica baseia-se no impacto do “*self-talk*”. Por outras palavras, quando a criança verbaliza o quão bem se comportou, a sua crença de que realmente se comportou bem aumenta. Pickrell et al., (2007) referem um estudo de Hyman e Pentland onde se verificou uma evolução da linguagem usada durante este processo de reestruturação de memória. Os participantes começam por se referir ao evento dizendo “eu supostamente fiz...” ou “eu provavelmente fiz...” para afirmações mais categóricas, expressivas de convicção como “eu fiz...”. A terceira componente consiste em dar à criança exemplos específicos do seu comportamento positivo, ainda que estes não tenham ocorrido. A criança é encorajada a recriar esses comportamentos como ilustração, quando conta aos pais a forma como havia decorrido a consulta. O último ponto consiste em dar à criança uma sensação de sucesso. Este ponto deveria ser obtido, ao longo das fases anteriormente referidas, transmitindo à criança uma sensação de autoeficácia. Pode ser-lhe perguntado o que é que durante aquelas fases as ajudou a portarem-se tão bem, ou que conselho dariam a outras crianças para serem corajosas. O estudo levado a cabo por Pickrell et al., (2007) demonstrou que as crianças submetidas a esta técnica apresentaram melhor comportamento nas consultas seguintes do que as crianças do grupo de controlo.

### **2.3.5 Importância da anestesia local no controlo da dor e da ansiedade**

Tal como já foi referido anteriormente, os tratamentos dolorosos são responsáveis por

ser um fator etiológico importante da ansiedade dentária (Nakai et al., 2000). Luísa Barros (2010) afirma que a não utilização de estratégias para controle da dor durante os procedimentos invasivos, expõe a criança a sofrimento desnecessário (Taddio, 2009 e Young 2005, citados por Barros, 2010). Existem evidências de sequelas de dor não tratada, associada a procedimentos pediátricos, tais como ansiedade antecipatória em futuros procedimentos (Taddio, 1999, citado por Barros, 2010), sensibilização à dor devido a mudanças no modo como o sistema nervoso processa a dor, eficácia reduzida de analgésicos (Taddio & Katz, 2005, citados por Barros, 2010), dificuldades em realizar procedimentos médicos futuros (Weisman, Berstein & Schechter, 1998, citados por Barros, 2010) e fobia a agulhas (Hamilton, 1995, citado por Reis, 2011). Luísa Barros (2010) afirma que a dor associada a procedimentos é uma experiência de sofrimento frequente na infância, mas tem sido tradicionalmente subavaliada e subtratada. A não utilização de estratégias eficazes para controle da dor durante os procedimentos invasivos, mesmo os mais simples como as vacinas, expõe a criança a sofrimento desnecessário e consequências significativas.

O uso da anestesia local associada a procedimentos invasivos deve ser considerada sempre que possível de forma a minimizar a dor, reduzindo a ansiedade da criança associada aos procedimentos, e diminuindo a probabilidade de que venha a desenvolver medos dentários na idade adulta, e/ou evitamento das consultas dentárias no futuro (Nakai et al., 2000).

### III. CONCLUSÕES

- Os estudos apontam para que cerca de 10% das crianças tenha ansiedade dentária.
- As crianças oriundas de meios desfavorecidos são as mais afetadas.
- A ansiedade dentária pode surgir em qualquer idade e prolongar-se até à idade adulta.
- A criança ansiosa tem maiores probabilidades de ser imatura para a sua idade, tem tendência a ser tímida e introvertida, e pode sofrer de problemas psicológicos.
- Estas crianças têm, em regra, pior saúde oral do que as que não são afetadas.
- Têm igualmente maior probabilidade de manifestar problemas de comportamento e não cooperação do que as não ansiosas, apesar de haver crianças com níveis elevados e moderados de ansiedade que não se manifestam através de comportamentos disruptivos.
- As experiências negativas vividas pela criança são o fator apontado na literatura, como mais preponderante no aparecimento da ansiedade dentária. No entanto, a literatura reconhece outros fatores, entre os quais a influência dos pais.
- A ansiedade dentária pode levar ao evitamento das consultas, à deterioração da saúde oral, e à necessidade de levar a cabo tratamentos mais traumáticos na próxima consulta. Isto poderá reforçar o medo face aos tratamentos, e gerar um sentimento de vergonha que irá “alimentar” a resistência à procura de tratamento oral, criando-se um ciclo vicioso. Este surge mais frequentemente em adultos, mas pode também afetar os adolescentes.
- A ansiedade dentária é acompanhada por alterações fisiológicas que podem ser percebidas pelo profissional. O Médico Dentista tem igualmente ao seu dispor, vários métodos rigorosos de avaliação de medo e ansiedade dentária. Entre estes contam-se questionários, grelhas de observação de comportamento, e mesmo técnicas projetivas.
- A dor é simultaneamente um determinante e uma consequência da ansiedade dentária. Níveis elevados de ansiedade podem levar à diminuição da tolerância à dor, aumentando a perceção subjetiva da sua intensidade. Já a dor efetiva, ou temida de forma antecipatória, associada aos procedimentos médicos, pode ser uma fonte de ansiedade adicional, formando-se um ciclo vicioso de difícil interrupção, agravado pelo facto de a anestesia local ser paradoxalmente um dos elementos tradicionalmente mais ansiogénicos.
- A literatura científica sugere que a gestão da ansiedade não se deve limitar ao ato clínico

em si, mas começar antes de este ter início e estender-se após este ter sido concluído.

- A comunicação verbal e não-verbal, deve ser adaptada a cada criança. Existem ferramentas da comunicação que podem ser usadas, desde que integradas numa estratégia geral de comunicação que tenha em conta as características específicas da criança. O Médico Dentista deverá fazer um esforço ativo por mostrar preocupação genuína para com a criança. Uma atitude neutra será percebida por esta como sendo negativa.
- Desde o surgimento do consentimento informado, os pais têm ocupado um papel cada vez mais importante na Medicina Dentária. Importa assim que a comunicação os inclua, e que o Médico Dentista desenvolva esforços no sentido de os tornar aliados importantes, informando-os das vantagens e desvantagens das diversas alternativas disponíveis.
- Durante o decorrer da consulta, o Clínico, deverá manter os canais de comunicação abertos, e deverá ser capaz de identificar sinais de ansiedade e reagir de forma apropriada a estes. Estas manifestações poderão culminar em distúrbios de comportamento. Poderá ser necessário recorrer a técnicas de gestão de comportamento específicas, de natureza farmacológica e/ou não farmacológica. A sua escolha deverá ser feita como resposta às manifestações da criança e inserida na estratégia geral de comunicação. A experiência, o bom senso e a capacidade de empatia do Clínico, devem guiá-lo sempre na escolha das estratégias a usar.
- É responsabilidade do Médico Dentista, aliviar a dor sempre que se justifique, recorrendo à anestesia local.

A vastidão do tema levou a que algumas temáticas não fossem abordadas, por questões pragmáticas relacionadas com a dimensão do trabalho, e a limitação de tempo. No entanto, pensamos que os objetivos a que nos propusemos foram alcançados, e que este trabalho fornece uma visão geral de algumas das questões mais pertinentes envolvendo a ansiedade dentária.

## IV. BIBLIOGRAFIA

Abrahamsson, K.H., Berggren U., Hallbrg L. e Carlsson S.G. (2002). Dental phobic patient's view of dental anxiety experiences in dental care: a qualitative study. *Scandinavian Journal Caring Science*, 16(2), 188-196.

Accardi, M.C. E Milling, L.S. (2009). The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: A comprehensive methodological review. *Journal of Behavioural Medicine*, 32(4), 328-339.

Adair, S.M., Rockman, R.A., Schafer, T.E. e Waller, J.L. (2004). Survey of behaviour management teaching in pediatric dentistry advanced education programs. *Pediatric Dentistry*, 26(2), 151-158.

Aitken, J.C., Wilson, S., Coury, D. e Moursi, A.M. (2002). The effect of music distraction on pain, anxiety and behaviour in paediatric dental patients. *Pediatric Dentistry*, 24(2), 118-128.

Alwin, N.P., Murray, J.J. E Britton, P.G. (1991). An assessment of dental anxiety in children. *British Dental Journal*, 171(207), 201-207.

American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine (1997). The use of physical restraint interventions for children and adolescents in the acute care setting. *Pediatrics*, 99(3), 497-498.

American Academy of Pediatric Dentistry (2006). Guidelines for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic procedures. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 2006-2780.

American Academy of Pediatric Dentistry (2011). Guidelines on behaviour guidance for the pediatric dental patient. *Clinical Guidelines*, 170-182.

Aminabadi, N.A., Ghoreishizadeh, A., Ghoreishizadeh, M. e Oskouei S.G. (2011). Can drawing be considered a projective measure for children`s distress in paediatric dentistry? *International Journal of Paediatric Dentistry*, 21(1), 1-12.

Armfield, J.M., Stewart, J.F. e Spencer, A.J. (2007). The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*, 14(7), 1.

Arnez, M.F., Arnez, M.M., Queirós, A.M., Stuani, M.B. e Silva, F.W. (2011). Sedação consciente: recurso farmacológico para o atendimento odontológico de crianças e pacientes especiais. (Trabalho de Revisão). Universidade de São Paulo, Brasil.

Arnup, K., Broberg, A.G., Berggren, U., e Bodin, L. (2002). Lack of cooperation in pediatric dentistry: the role of child personality characteristics. *Pediatric Dentistry*, 24(2), 119-128.

Arnup, K., Broerg, A.G., Berggren, U., e Bodin, L. (2003). Treatment outcome in subgroups of uncooperative child dental patients: an exploratory study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 13(5), 304-319.

Baghdadi, Z.D. (2001). Principles and application of learning theory in child patient management. *Quintessence International*, 32, 135-141.

Baier, K., Milgrom, P., Russell, S., Mancl, L. e Yoshida, T. (2004). Children`s fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatric Dentistry*, 26, 316-321.

Barros, L., (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: contributos da psicologia pediátrica. *Temas de Psicologia*, 18(2), 295-306.

Bordoni, N., Rojas., Mercado, (2010). *Odontologia Pediátrica*, 1ª edição, Editora Médica Panamericana, (pp 89-103).

Bottan, E.R., Pelegrini, F.M., Stein, J.C., Farias, M.M. e Araújo, S.M., (2008). Relação entre consulta odontológica e ansiedade ao tratamento odontológico: estudo com m grupo de adolescentes, *Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada. Revista Sul-Brasileira de Odontologia*, 5(3), 27-32.

Bottan, E.R., Oglio, J.D. e Araújo, S.M., (2007). *Ansiedade ao tratamento odontológico em estudantes do ensino fundamental. Pesquisa Brasileira de Odontopediatria e Clínica Integrada, João Pessoa*, 7(3), 241-246.

Cardoso, C.L., Loureiro, S.R. e Nelson-Filho, P. (2004). Tratamento odontopediátrico: manifestações de stress em pacientes, mães e alunos de Odontologia. *Brasilien Oral Research*, 18(2), 150-155.

Cardoso, C.L e Loureiro, S.R., (2005). Problemas comportamentais e stress em crianças com ansiedade frente ao tratamento odontológico. *Estudos Psicológicos*, 22, 5-12.

Cesar, J., Moraes, A.B., Milgrom, P. e Kleinknecht, R.A., (1993). Cross validation of a brazilian version of the dental fear survey. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21, 148-150.

Chambers, D.W. (1976). Communicating with the young dental patient. *ASDC J Dental Child, Chicago*, 37(5), 363-374.

Corah, N.L., Gale, E.N., Pace, L.F. e Seyrek, S.K. (1981). Relaxation and musical programming as means of reduction psychological stress during dental procedures. *Journal of the American Dental Association*, 103(2), 232-234.

Corkey, B. e Freeman, R. (1994). Predictors of dental anxiety in six-year-old children: findings from a piolot study. *Journal of Dentisty for Children*, 61(61), 267-271.

Crossley, M.L. e Joshi, G. (2002). An investigation of pediatric dentists' attitudes towards parental accompaniment and behavioural management techniques in U.K. *British Dental Journal*, 192(9), 517-521.

Dorman, M.L., Wilson, K., Stone, K. e Stassen, L.F. (2007). Is intravenous conscious sedation for surgical orthodontics in children a viable alternative to general anaesthesia? - A case review. *British Dental Journal*, 202, 30.

Eli, I., Bath, R. e Blacher, S. (2004). Prediction of success and failure of behaviour modification as treatment for dental anxiety. *British Dental Journal*, 112(4), 331-315.

Erk, S. e Walter, H. (2006). Cognitive modulation of emotion anticipation. *European Journal of Neuroscience*, 24, 1227-1236.

Feigal, R.J. (2001). Guiding and managing of child dental patient: a fresh look at old pedagogy. *Journal of Dental Education*, 65(12), 1369-1377.

Fox, C. e Newton, J.T. (2006). A controlled trial of the impact of exposure to positive images of dentistry on anticipatory dental fear in children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 34, 455-459.

Fúccio, F., Ferreira, K.D., Watanabe, S.A., Ramos-Jorge, Pordeus, I.A. e Paiva, S.M. (2003). Aceitação dos pais em relação às técnicas de manejo do comportamento utilizadas em odontopediatria. *Jornal Brasileiro Odontopediatria*, 6, 146-151.

Gale, E.N., Carlsson, S.G., Eriksson, A. e Jontell, M. (1984). Effects of dentists' behaviour on patients' attitudes. *Journal American Dentistry Association*, 109(3), 444-446.

Guedes-Pinto, A.C. (2010). *Odontopediatria*, Editora Santos, 8ª edição, (pp. 183-195).

Graminha, S.S. & Coelho, W.F. (1994). Problemas emocionais e comportamentais em crianças que necessitam ou não de atendimento psicológico ou psiquiátrico. *Anais da XXIV Reunião Anual de Psicologia*, 258.

Hartmann, C., Pruhs, R.J. e Thomas, B.T. (1985). Hand-over-mouth behaviour management technique in a solo pedodontic practice: a study. *Journal of Dentistry for Children*, 52(4), 293-296.

Hicks, C.L., Baeyer, C.L., Spafford, P.A., Korlaar, I. e Goodenough, B. (2001). The Faces Pain Scale – revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93, 173-183.

Klassen, M.A., Veerkamp, J.S. E Hoogstraten, J. (2007). Dental fear, communication, and behavioural management problems in children referred for dental problems. *Journal Compilations*, 469-477.

Klingberg, G. e Hwang, C.P. (1994). Children`s Dental Fear Dental test (CFPD): a projective test for the assessment of child dental fear. *Journal of Dentistry for Children*, 61(2), 89-96.

Klingberg, G., Lofqvist, L.V. e Hwang, C.P. (1994). Validity of the Children`s Dental Fear Picture test (CDFP). *European Journal of Oral Science*, 103, 55-60.

Klingberg, G., Berggren, U. e Norén, J.G. (1995). Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *European Journal of Oral Science*, 103, 405-412.

Klingberg, G. e Broberg, A.G. (1998). Temperament and child dental fear. *Pediatric Dentistry*, 20, 237-243.

Klingberg, G. e Broberg, A.G. (2007). Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17, 391-406.

Kuscu, O.O. e Akyuz, S. (2007). Is it the injection device or the anxiety experienced that causes pain during the dental local anaesthesia? *International Journal of Paediatric Dentistry*, 18, 139-145.

Kupietzky, A. (2004). Strap him down or knock him out: is conscious sedation with restraint an alternative to general anaesthesia? *British Dental Journal*, 196(3), 133-138.

Lahman, C., Schoen, R., Henningsen, P., Ronel, J., Muehlbacher, M., Loew, T., Tritt, K.,

Nickel, M. e Doering, S. (2008). Brief relaxation versus music distraction in the treatment of dental anxiety: a randomized controlled clinical trial. *Journal American Dentistry Association*, 138(3), 317-324.

Law, C.S. e Blain, S. (2003). Approaching the pediatric dental patient: a review of nonpharmacologic behaviour management strategies. *Califórnia Dental Association Journal*, 31(9), 703-713.

Lemos, B., Rosa, S., Marinho, A.R., Castro, M.J., Lourenço, M. e Andrade, C. (2011). A dor do paciente pediátrico no consultório dentário. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 42(3), 123-128.

Locker, D., Lidell, A., Dempster, L. e Shapiro, D. (1998). Age of onset of dental anxiety. *Dental Ressearch Journal*, 78(3), 790-796.

Locker, D., Shapiro, D., Lidell, A. (1996). Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. *Community Dental Health*, 13, 86-92.

Long, B.C., Phipps, W.J. e Cassmeyer, V.L. (1997). *Enfermeria medico-cirurgica – un enfoque de proceso de enfermaria*. Editora Harcourt, 3ª edição, (pp. 170 – 189).

Márques-Rodriguez, J.A., Navarro-Lizaranzu, M.C., Cruz-Rodriguez, D. e Gil-Flores, J. (2004). *RCOE*, 9(2), 165-174.

McGrath, P.J. & Finley, G.A. (1996). Parents' management of children's pain following minor surgery. *Pain*, 64, 83-87.

Meng, X., Heft, M.W., Bradley, M.M. e Lang, P.J. (2007). Effect of fear on dental utilization behaviours and oral health outcome. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 35, 292-301.

Milgrom, P., Mancl, L., King, B. e Weinstein, P. (1995). Origins of childhood dental fear. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 313-319.

Moraes, A.B., Ambrosano, G.M. e Possobon, R.F. (2002). Fear assessment in Brazilian children: the relevance of dental fear. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(3), 289-294.

Myiake, R.S., Reis, A.G. e Grisi, S. (1998). Sedação e analgesia em crianças. *Revista Associação Médica Brasileira*, 44, 56-64.

Oliveira, M.F., Moraes, M.V. e Cardoso, D.D. (2012). Avaliação da ansiedade infantil prévia ao tratamento odontológico. *Publicações UEPG : Ciências Biológicas da Saúde*, 18(1), 31-37.

Oliveira, M.F., Moraes, M.V. e Evaristo, P.C. (2012). Avaliação da ansiedade dos pais e crianças frente ao tratamento odontológico. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria Clínica Integrada, João Pessoa*, 12(4), 483-489.

Peretz, B., Nazarian, Y. e Bimstein, E. (2004). Dental anxiety in a students' paediatric dental clinic: children, parents and students. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 14, 192-198.

Peretz, B. e Zadik, D. (1999). Parent's attitudes toward behaviour management techniques during dental treatment. *American Academy of Pediatric Dentistry*, 21(3), 201-204.

Pickrell, J.E., Heima, Masahiro, H., Weinstein, P., Coolidge, T., Coldwell, S.E., Skaret, E., Castillo, J. e Milgrom, P. (2007). Using memory restructuring strategy to enhance dental behaviour. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17, 439-448.

Pina, P.R., Ritto, C., Rocha, F.D., Costa, I., Diniz, L. e Raposo, M.B. (2013). *Manual de dor crônica*. Editora Grunenthal, (pp.60-84).

Pinkham, J.R. (1991). An analysis of the phenomenon of increased parental participation during the child's dental experience. *Journal of Dentistry for Children*, 58(6), 458-463.

Possobon, R.F., Carrascoza, K.C., Moraes, A.B. e Costa, A.L. (2007). O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicologia em estudo*, 12(3), 609-616.

Ramos-Jorge, M.L. e Paiva, S.M. (2003). Comportamento infantil no ambiente odontológico: aspectos psicológicos e sociais. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria*, 6(29), 70-74.

Rantavuori, K., Lahti, S., Hausen, H., Seppa, L. e Karkkainen, S. (2004). Dental fear and oral health and family characteristics of Finnish children. *Acta Odontologica Scandinavica*, 62, 207-213.

Rantavuori, K., Zerman, N., Ferro, R. e Lahti, S. (2002). Relationship between children's first dental visit and their dental anxiety in the Veneto region of Italy. *Acta Odontologica Scandinavica*, 60, 297-300.

Reig, E., Torre, J.M. (2006). *Dor Neuropática – 100 perguntas mais frequentes*. Editora Edimsa, (pp.9-21).

Reis, F., Dias, M.R. e Leal, I. (2008). A consulta no *setting* odontopediátrico: a percepção subjetiva do medo. *Análise Psicológica*, 2(26), 239-250.

Robb, N.D., Hosey, M.-T. e Leitch, J.A. (2003). Intravenous conscious sedation in patients under 16 years of age. Fact or fiction? *British Dental Journal*, 194(9), 469-471.

Rud, B. e Kisling, E. (1973). The influence of mental development on children's acceptance of dental treatment. *Scandinavian Journal of Dental Research*, 81, 343-352.

Sarnat, H., Arad, P., Hanauer, D. e Shohami, E. (2001). Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study. *Pediatric Dentistry*, 23(4), , 337-342.

Scott, S. e Garcia-Godoy, F. (1998). Attitudes of Hispanic parents toward behaviour management techniques. *Journal of Dentistry for Children*, 65(2), 128-131.

Schuller, A.A., Willumsen, T. e Holst, D. (2003). Are their differences in oral health and oral health behaviour between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiology*, 31, 116-121.

Singh, K.A., Moraes, A.B., e Ambrosano, G.M. (2000). Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 2, 131-136.

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

Taani, D.Q. (2002), Dental attendance and anxiety among public and private school children in Jordan. *International Dental Journal*, 52, 25-29.

Taani, D.Q., El-Qaderi, S.S. e Alhaija, E.S. (2005), Dental anxiety in children and its relationship to dental caries and gingival conditions. *International Journal of Dental Hygiene*, 3, 83-87.

ten Berge, M., Hoogstraten, J. e Veerkamp, J.S.J. (1998). The dental subscale of the children`s fear survey schedule: a factor analytic study in the Netherlands. *Community Dental Oral Epidemiology*, 26, 340-343.

Tortora, G.J. e Grabowski, S.R. (1996). *Principles of Anatomy and Physiology*, 8ª Edição, Editora Harcourt Brace, (pp. 430 – 449).

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

Tsao, J.C., Myers, C.D., Craske, M.G., Bursch, B., Kim, S.C. e Zeltzer, L.K. (2004). Role of anticipatory and anxiety sensitivity in children`s and adolescents' laboratory pain response. *Journal of Paediatrics Psychology*, 29(5), 379-388.

Van Wijk, A.J. e Hoogstraten, J. (2005). Experience with dental pain and fear of dental pain. *Journal of Dental Research*, 84(10), 947-950.

Versloot, J., Veetkamp, S.J. e Hoogstrassen, J. (2008). Children`s self-reported pain at the dentist. *International Association for the Study of Pain*, 137, 389-394.

Weinstein, P., Getz, T., Ratener, P. e Domoto, P. (1982). The effect of dentists' behaviours on fear-related behaviours in children. *Journal American Dentistry Association*, 104(1), 32-38.

Wright, G.Z. (2001). Controle psicológico do comportamento da criança. In: McDonald, R.E. e Avery, E. *Dentistry for the Child and Adolescent*, 7ª Edição, St Louis, Editora Mosby, pp 32-52.

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