



**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS  
NA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA**

Trabalho submetido por  
**Camila Ferreira Lameira**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

**setembro de 2021**





**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ**

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS  
NA CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA**

Trabalho submetido por  
**Camila Ferreira Lameira**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por  
**Prof.<sup>a</sup> Doutora Gunel Kizi**

e coorientado por  
**Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Raquel Barata**

**setembro de 2021**



“Ainda que eu falasse a língua dos homens que eu falasse a língua dos anjos, sem amor  
eu nada seria”

**RENATO RUSSO**



## **AGRADECIMENTOS**

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Gunel Kizi, minha orientadora, a quem agradeço imensamente por toda a dedicação, carinho e incansável ajuda para a realização deste trabalho de Investigação.

À Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Raquel Barata, minha coorientadora, pelo empenho, profissionalismo e incentivo diário.

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde por aprimorar os meus conhecimentos e permitir novos convívios.

Ao meu marido, Elias Velloso Jr, que mais uma vez me apoiou em todas as minhas decisões e não mediu esforços para que tudo fosse capaz.

Ao meu filho Miguel Velloso que espera ansiosamente pelo fim desta etapa da minha vida.

A minha família que sempre me incentivou a nunca desistir.

Aos meus chefes e colegas de trabalho que não hesitaram em ajudar e permitir que eu estivesse em dia com os meus estudos.

Aos meus amigos de box, Fabiano Barbosa e Inês Alves, por todos os dias que estivemos juntos a discordarmos ou a sermos um só.

Aos amigos que por aqui eu fiz, um muito obrigada pelo apoio dado, lágrimas e risadas.

E acima de tudo, a Deus.



## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar a ansiedade infantil antes e após a consulta de Medicina Dentária através do teste Venham Picture Test (VPT).

**Materiais e Métodos:** Estudo observacional longitudinal, com uma amostra de conveniência constituída por 35 crianças, com intervalos de idade de 3 a 9 anos, que frequentaram a clínica Universitária Egas Moniz entre fevereiro e junho do ano letivo de 2020/2021, após o estudo ter obtido aprovação pela Comissão Científica do MIMD e aprovação pela Comissão de Ética da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz. Cada criança entrevistada, foi abordada de forma clara e pediu-se: “Aponta para o boneco que mostra como te sentes nesse momento!”. Os dados obtidos a partir dos respetivos questionários e índices, foram colocados numa base de dados do Excel e submetidos a uma análise estatística realizada no programa IBM SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences).

**Resultados:** Foram avaliadas 35 crianças de ambos os sexos, com idade compreendidas entre 3 a 9 anos. Do total da amostra 17 pacientes pertenciam ao género masculino (48,6%) e 18 ao género feminino (51,4%), com uma idade média de  $6,6 \pm 0,29$  anos, que corresponde a uma percentagem de 34,3% nesta faixa etária e a afluência foi maior nas consultas de seguimento do que nas primeiras consultas.

**Conclusões:** Concluiu-se que das 35 crianças avaliadas, apenas 9 crianças (25,71%) apontaram para figuras que tinham código de ansiedade e apesar das evidências de medo e ansiedade dentária observadas, as crianças foram classificadas como livres de ansiedade, não havendo correlação estatística significativa entre género, idade ou tempo de consulta.

**Palavras-chave:** Medo, Ansiedade, VPT, Odontopediatria.



## **ABSTRAT**

**Objectives:** Assess child anxiety before and after a dental appointment through the Vehan Picture Test (VPT).

**Materials and Methods:** Longitudinal observational study, with a convenience sample consisting of 35 children, aged 3 to 9 years, who attended the Egas Moniz University Clinic between February and June of the 2020/2021 school year, after the study have obtained approval by the Scientific Committee of MIMD and approval by the Ethics Committee of the Cooperative of Higher Education Egas Moniz. Each child interviewed was approached in a clear way and asked: “Point to the doll that shows how you feel at that moment!”. The data obtained from the respective questionnaires and indexes were placed in an Excel database and submitted to a statistical analysis carried out in the IBM SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences) program.

**Results:** Thirty-five children of both sexes, aged between 3 and 9 years, were evaluated. Of the total sample, 17 patients were male (48.6%) and 18 were female (51.4%), with a mean age of  $6,6 \pm 0,29$  years, which corresponds to a percentage of 34.3% in this sample. age group and attendance was greater in the follow-up appointments than in the first appointments.

**Conclusions:** It was concluded that of the 35 children evaluated, only 9 children (25.71%) pointed to figures that had an anxiety code and despite the evidence of fear and dental anxiety observed, the children were classified as free from anxiety, with no statistically significant correlation between gender, age or length of consultation.

**Keywords:** Fear, Anxiety, VPT, Pediatric Dentistry.



# ÍNDICE

<b><i>I. INTRODUÇÃO</i></b> .....	<b>11</b>
<b>1.1. Ansiedade</b> .....	<b>12</b>
<b>1.2. Medo</b> .....	<b>13</b>
<b>1.3. Fobia</b> .....	<b>14</b>
1.3.1. Fobia dentária .....	14
<b>1.4. Experiências diretas/indiretas</b> .....	<b>15</b>
1.4.1. Experiência direta: .....	15
1.4.2. Experiência indireta: .....	16
<b>1.5. Evolução do padrão da cárie na saúde oral infantil</b> .....	<b>16</b>
<b>1.6. Consulta de odontopediatria</b> .....	<b>19</b>
<b><i>II. OBJETIVOS</i></b> .....	<b>23</b>
<b><i>III. MATERIAIS E MÉTODOS</i></b> .....	<b>25</b>
<b>3.1. Caracterização do estudo</b> .....	<b>25</b>
<b>3.2. Considerações éticas do estudo</b> .....	<b>25</b>
<b>3.3. Localização do estudo</b> .....	<b>25</b>
<b>3.4. Duração do estudo</b> .....	<b>26</b>
<b>3.5. Amostra</b> .....	<b>26</b>
3.5.1. Critérios de Inclusão .....	26
3.5.2. Critérios de Exclusão .....	26
<b>3.6. Metodologia do estudo</b> .....	<b>26</b>
<b>3.7. Tratamento e análise dos dados</b> .....	<b>29</b>
3.7.1. Base de dados .....	29
3.7.2. Análise estatística .....	29
<b><i>IV. RESULTADOS</i></b> .....	<b>31</b>
<b>4.1. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas</b> .....	<b>31</b>

<b><i>V. DISCUSSÃO</i></b> .....	<b>41</b>
<b><i>VI. CONCLUSÃO</i></b> .....	<b>45</b>
<b><i>VII. BIBLIOGRAFIA</i></b> .....	<b>47</b>
<b><i>VIII. ANEXOS</i></b>	

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Demonstração da criança a utilizar a escala VPT.....	27
<b>Figura 2</b> - Fonte: Adaptado de Goes, et al., 2010.....	28
<b>Figura 3</b> - Fonte: Adaptado de Góes, et al., 2010.....	28
<b>Figura 4</b> - Fonte adaptada de Góes, et. al, 2010 .....	35

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Gráfico comparativo dos Estudos Nacionais de Prevalência das Doenças Orais da DGS em percentagem. ....	18
<b>Gráfico 2</b> - Gráfico relativo ao III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (DGS, 2015).....	19
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição por percentagens dos indivíduos na amostra, em função da idade .....	32
<b>Gráfico 4</b> – Caracterização do tipo de consulta .....	33
<b>Gráfico 5</b> - Caracterização do tempo de consulta em minutos por questionário .....	36
<b>Gráfico 6</b> –Avaliação da figura VPT antes e depois da consulta. ....	38
<b>Gráfico 7</b> - Gráfico de comparação entre o género e o número de figuras apontadas de ansiedade, antes e depois da consulta .....	39

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Código de ansiedade relacionado a reação motivacional.....	29
<b>Tabela 2</b> - Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, em função do género .....	31
<b>Tabela 3</b> - Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, em função da idade.....	31
<b>Tabela 4</b> - Caracterização do tipo de consulta.....	32
<b>Tabela 5</b> - Caracterização do tipo de tratamento efetuado .....	34
<b>Tabela 6</b> - Caracterização da frequência da figura assinalada na escala VPT antes da consulta.....	36
<b>Tabela 7</b> - Caracterização da frequência da figura assinalada na escala VPT depois da consulta.....	37

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**VPT** –Venham Picture Test

**AAPD** – Academia Americana de Odontopediatria

**ADA** –American Dental Association

**AAP** – American Academy of Pediatrics

## **I. INTRODUÇÃO**

O medo e a ansiedade dentária são condições que afetam crianças e adolescentes, bem como a população adulta (Srinivasan, 2019). A ansiedade dentária, além de ter influência direta na condição de saúde oral, pode trazer muitas consequências não só para o portador dessa desordem assim como para as pessoas ao seu redor (Barasuol et al., 2016).

No entanto, crianças altamente ansiosas são capazes de sentir vários níveis de apreensão antes, durante e depois dos tratamentos dentários. Esses níveis de apreensão podem ser leves ou severos e afetar um indivíduo temporariamente ou até muito antes da data da consulta planeada (Yon et al., 2020).

Estima-se que indivíduos ansiosos tendem a privar-se do tratamento dentário (Soares et al., 2015), assim como durante o decorrer da consulta de Medicina Dentária, as crianças podem atingir níveis patológicos de medo e ansiedade, dificultando ou impedindo a execução do tratamento. O choro, a recusa em abrir a boca, a resistência e até mesmo o vômito são comportamentos dos pacientes infantis resultantes da incapacidade destes de expressar verbalmente os seus sentimentos (Matos et al., 2018).

A identificação precoce da ansiedade de um paciente na consulta de Medicina Dentária é de extrema importância para os médicos dentistas para que possam abordá-los adequadamente (Kilinç et al., 2016).

Ao considerar esses aspetos, é importante salientar que a palavra "stress" provém da palavra inglesa "stress", que indica "pressão" ou "tensão". Desta forma, afirma-se stress como uma coleção de reações fisiológicas essenciais para a adaptação a novas situações. Todavia, essas reações orgânicas e psíquicas podem gerar instabilidade no organismo se forem exacerbadas em tempo ou intensidade. O stress pode ser provocado por estados emocionais positivos ou negativos (Pacífico et al., 2017).

Segundo Sena (2016), o stress é uma palavra que não precisa de explicação, entendemos o seu significado com o quotidiano familiar, social e profissional e vivendo com ele, aprendemos a melhor controlá-lo. O stress emocional altera a motivação dos comportamentos do sujeito, podendo este por exemplo, experienciar um aumento

momentâneo dos batimentos cardíacos, maior transpiração, náuseas passageiras vômitos, cefaleias ou uma indisposição.

A habilidade que o indivíduo apresenta para se adaptar e amenizar a sua reação a uma determinada forma de stress também depende das técnicas que utiliza para lidar com estas situações. A resposta ao mesmo estímulo pode ser diferente e variar de acordo com cada pessoa (Pinto, 2013).

O stress é descrito como uma reação, uma resposta comportamental, psicológica e fisiológica, quando o indivíduo se encontra exposto a um estímulo ameaçador e desencadeia alguns sintomas e, quando isso acontece, tenta adaptar-se a essas pressões internas e/ou externas (Costa Silva, 2010; Moloney et al., 2010).

Nesse contexto estar stressado denota “estar sob a ação de estímulo persistente” ou “estar sob pressão”. Apresenta-se como um sinal de alerta por encontrar-se em contato com algum estímulo que pode dar origem ao stress e, em resposta a isso, libertar um conjunto de modificações no organismo com o propósito de colocá-lo sob tensão (Colombo, 2018; Pereira & Zille, 2010).

## **1.1. Ansiedade**

Com o passar dos anos a expectativa de dor frente ao tratamento em Medicina Dentária propagou-se devido a ansiedade e medo (Pereira & Auxiliadora, 2012)

O medo e a ansiedade são usados indistintamente e com frequência na literatura científica, mas representam diferentes graus progressivos da mesma condição psicológica (Cianetti et al., 2017). Não podem ser considerados sinónimos, os seus conceitos são distintos e estão bem definidos porém, estão relacionados (Baptista et al., 2014; Vencato & Einstein, 2021).

A ansiedade é uma resposta do organismo que envolve processos mentais, psicológicos, hormonais e físicos e acontece diante da necessidade de ajuste a uma situação importante, é um estado emocional de origem interna. Por outro lado, o medo é

uma reação a uma ameaça externa real. Consideram-se ambas manifestações naturais do ser humano e possibilitam a sua existência (Matos et al., 2018).

A ansiedade pode ser patológica ou normal, e pode ser de duração rápida, autolimitada e que tem ligação com o estímulo do momento ou não (Paiva et al., 2019).

Seguindo esse conceito, Pereira et al. (2013), descrevem a ansiedade a uma reação perante uma situação desconhecida ou um estado subjetivo de sentimento. A ansiedade acarreta a confluência de repulsão associada a algum grau de insegurança, relacionada a uma situação particular, porém a esse receio não existe objeto real. Pode se manifestar por meio de sentimentos subjetivos de nervosismo, apreensão, tensão e preocupação ou por sintomas e sinais, frente ao tratamento na consulta de Medicina Dentária (Vencato & Einstein, 2021).

## **1.2. Medo**

O medo é uma reação a uma ameaça externa real, como diz Matos et al. (2018), sendo definido como uma emoção choque devido à percepção do perigo que ameaça a preservação daquele indivíduo. Pode provocar uma série de efeitos no organismo, gerando respostas emocionais, fisiológica e comportamental, como reações de defesa, por exemplo, a fuga.

É um sentimento que pode alterar o comportamento do indivíduo, em resposta a um estímulo, com reações de susto, imobilização, manifestações impulsivas de agressividade ou fuga (Sena, 2016).

O medo normalmente associado ao desenvolvimento infantil, é habitual e transitório e podendo persistir por um longo período, sendo definido como receio de algo ou alguma coisa que apresente um perigo real que ameace a integridade física e psicológica, ou é visto como um estado emocional de alerta frente ao perigo. Geralmente, o medo ao tratamento dentário está relacionado às experiências dolorosas vividas pela própria criança em consultas anteriores (Vencato & Einstein, 2021).

### **1.3. Fobia**

A fobia é classificada como um transtorno mental e é diagnosticado quando uma pessoa exibe persistentemente respostas marcadas ou extremas de medo ou ansiedade que podem ser desproporcionais ou causar “sofrimento acentuado”. É um medo e uma ansiedade que são seriamente intensificados podendo interromper a rotina normal de uma pessoa, de forma a gerar a recusa de qualquer tipo de tratamento, nomeadamente de tratamentos dentários. Essa reação de medo irracional e excessivo está frequentemente ligada a alguma coisa específica que pode estar num determinado lugar, situação ou objeto. As crianças com fobias experienciam uma profunda sensação de medo ou pânico quando encontram as fontes do seu medo (Yon et al., 2020).

As fobias podem ser classificadas como um tipo de transtorno de ansiedade. É referida como um medo irracional de uma situação definida, geralmente não perigosa, que é totalmente evitada ou suportada com grande sofrimento e pode ser diferenciada através do impacto que tem no dia-a-dia e na vida do paciente (Zinke et al., 2018).

#### **1.3.1. Fobia dentária**

A fobia dentária é caracterizada por um medo extremo e duradouro de objetos ou situações específicas em consultórios de Medicina Dentária, o que resulta na recusa do indivíduo de ir ao médico dentista a todo o custo, a menos que um problema físico se torne insuportável (Kassem El Hajj et al., 2021).

A fobia dentária é um medo persistente e excessivo de estímulos dentários e procedimentos que resultam em evasão ou sofrimento significativo, consequências da ansiedade e medo. Crianças e adolescentes com fobia dentária podem evidenciar comportamentos perturbadores quando submetidos a exames e tratamento que variam de inquietação a acessos de raiva intensos. Nos casos mais extremos, jovens com fobia dentária podem recusar o tratamento, mesmo quando apresentam uma dor que poderia ser aliviada com os cuidados adequados (Seligman et al., 2017).

Muitas vezes, os estudos que investigam o medo e a ansiedade relacionados à consulta de Medicina Dentária, relatam os estímulos como ansiedade em vez de fobia dentária. Ansiedade dentária é um medo intensificado de procedimentos aos tratamentos dentários, que podem ou não alcançar critérios completos para o diagnóstico de fobia. Dado que grande parte da literatura investiga a ansiedade, em vez de fobia dentária, usamos o termo ansiedade dentária em toda parte, exceto quando desejamos fazer comparações explícitas entre ansiedade elevada e um diagnóstico completo de fobia dentária (Seligman et al., 2017).

#### **1.4. Experiências diretas/indiretas**

O medo e a ansiedade dentária surgem de sensações e estímulos previamente vivenciados, e podem ser classificados como exógenos e endógenos. Deste modo, a fonte da ansiedade ao ser avaliada como exógena associa-se há experiências passadas, classificando-se estas como experiências diretas ou indiretas. Na ocasião em que é avaliada como endógena, a ansiedade dentária é relacionada a uma predisposição que repercute em ansiedade generalizada, distúrbios ansiosos, e/ou até crises de pânico (Zinke et al., 2018).

##### **1.4.1. Experiência direta:**

As experiências diretas são resultado de experiências negativas, na conduta clínica, sob a forma de susto, dor, ou de uma relação negativa entre o médico dentista e o paciente (Silva, 2012).

Kanegane, et. al (2003), relatam que as experiências anteriormente vividas e que foram traumáticas mostraram-se importante no desenvolver da ansiedade em relação a consulta de Medicina Dentária.

Gama et tal. (2017), avaliaram o medo infantil antes da consulta de Medicina Dentária e concluiu que a percentagem da presença de medo ao tratamento oral foi alta (92%). Concluiu então a importância em analisar o perfil destas crianças que apresentam medo a fim de que se consiga conhecer os principais aspetos associados à sua presença,

e desta forma planejar situações que apontem que melhorem a relação entre o paciente pediátrico e o médico dentista de forma a facilitar o atendimento. Este índice elevado pode ser justificado ao fato de que todas as crianças examinadas apresentavam experiências dentárias prévias, podendo essas repercutir no desenvolvimento do medo dentário, assim como a possibilidade de interferência nos tipos de procedimentos aos quais essas crianças foram sujeitas, visto que procedimentos mais invasivos tendem a proporcionar maiores probalidades de ocorrência do medo.

Viana Filho (2018), concluiu nos seus estudos, que o tipo de experiência (positiva ou negativa) durante o atendimento dentário também foi estatisticamente significativo quando relacionado à ansiedade. Vivências em consultas anteriores revelam menores níveis de ansiedade, uma vez que as crianças conheciam previamente o tratamento.

Crianças que apresentam experiências negativas relacionadas a altos níveis de ansiedade tendem a não cooperar durante os cuidados (Viana Filho et al., 2018).

#### **1.4.2. Experiência indireta:**

Os indivíduos não nascem com medo de tratamentos orais, esse desenvolve-se a partir de experiências que as crianças têm durante o processo de socialização. As crianças estão suscetíveis à ansiedade e ao medo dos adultos (Matos et al., 2018).

O medo e a ansiedade em relação ao tratamento dentário podem resultar em visitas perdidas à consulta de Medicina Dentária, atrasos no tratamento ou cancelamento de consultas, o que pode agravar os problemas orais e deteriorar a condição da sua saúde oral do paciente (Paiva et al., 2019; Viana Filho et al., 2018).

#### **1.5. Evolução do padrão da cárie na saúde oral infantil**

Ao longo dos anos, verifica-se uma maior preocupação com a saúde oral das crianças aumentando a frequência das visitas ao Médico Dentista e como consequência, ocorre uma diminuição da prevalência de cárie dentária, principalmente nas crianças em idade escolar. Porém, grande parte dos progenitores, continuam a acompanhar as crianças

ao médico dentista para tratamentos curativos, ao invés de tratamentos preventivos, o que torna-se um obstáculo para uma redução em grande escala da ocorrência de cárie na infância (Costa et al., 2006).

As consultas de medicina dentária preventivas são fundamentais para estimular a saúde oral nas crianças. O atendimento precoce oferece uma oportunidade para realizar uma avaliação de risco, rastrear doenças dentárias não tratadas, fornecer aconselhamento de saúde oral e cuidados preventivos (Nelson et al., 2015).

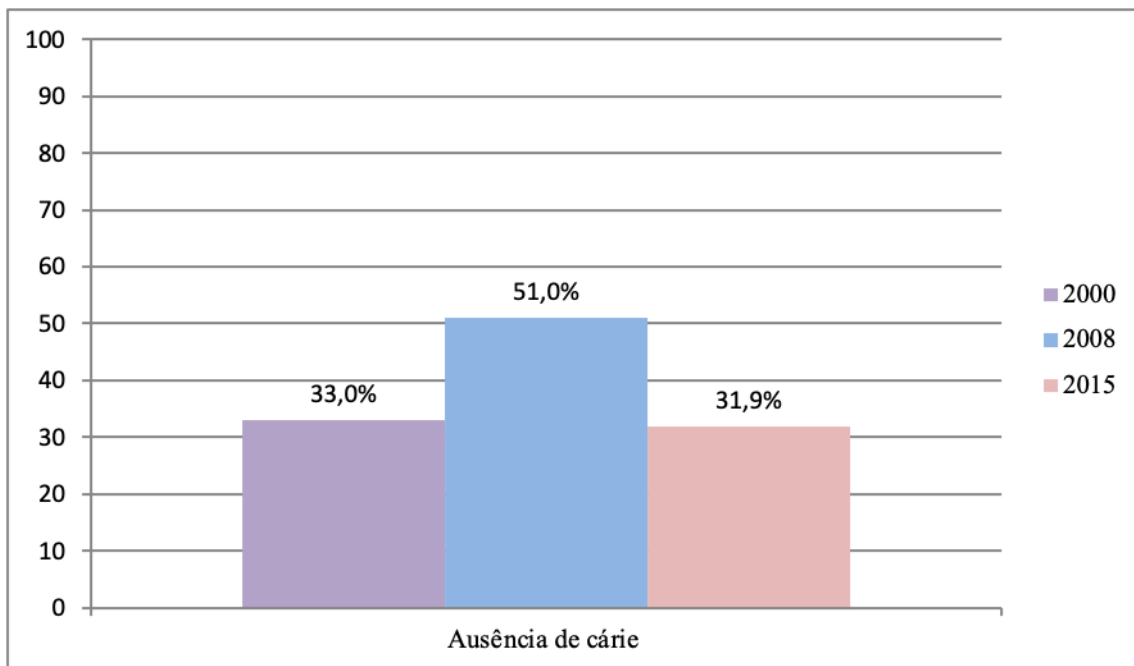
A cárie dentária é uma doença a ser evitada e que pode causar dor e sofrimento se não for tratada. A Academia Americana de Odontopediatria (AAPD), a American Dental Association (ADA), a American Public Health Association e a American Academy of Pediatrics (AAP) atualmente recomendam que todas as crianças façam a sua primeira consulta de Medicina Dentária durante o primeiro ano de vida. No entanto, alguns ainda desafiam a lógica clínica, teórica e científica para uma consulta de Medicina Dentária precoce (Baker et al., 2019).

As crianças que são acompanhadas rotineiramente por um médico dentista, têm maior probabilidade de receber cuidados preventivos e de rotina de saúde oral adequados, e melhorar o conhecimento e as práticas dos mesmos. A primeira consulta deve ocorrer dentro de seis meses após a erupção do primeiro dente e no máximo aos 12 meses de idade (AAPD, 2020) para uma avaliação inicial e prevenção. Porém, a maior parte das vezes, a primeira visita acaba por ocorrer tardiamente e em consequência à presença de cárie, dor de dente ou trauma, favorecendo a ansiedade frente ao tratamento (Cunha Soares et al., 2015).

A Direcção-Geral da Saúde de Portugal (DGS), afirma que a elaboração de um sistema de vigilância regular dos indicadores de saúde oral é vista, hoje em dia, com grande importância para adequar esses programas de forma a torná-los cada vez mais eficazes. Há mais de duas décadas que orienta técnicas para implementar nos serviços de saúde locais, especialmente dirigidas às crianças e jovens, de forma a melhorar os indicadores de saúde oral da população (DGS, 2015).

Em 2000 e 2008, a DGS descreveu os resultados de dois estudos epidemiológicos nacionais sobre a incidência de cárie dentária em que estiveram presentes, crianças e

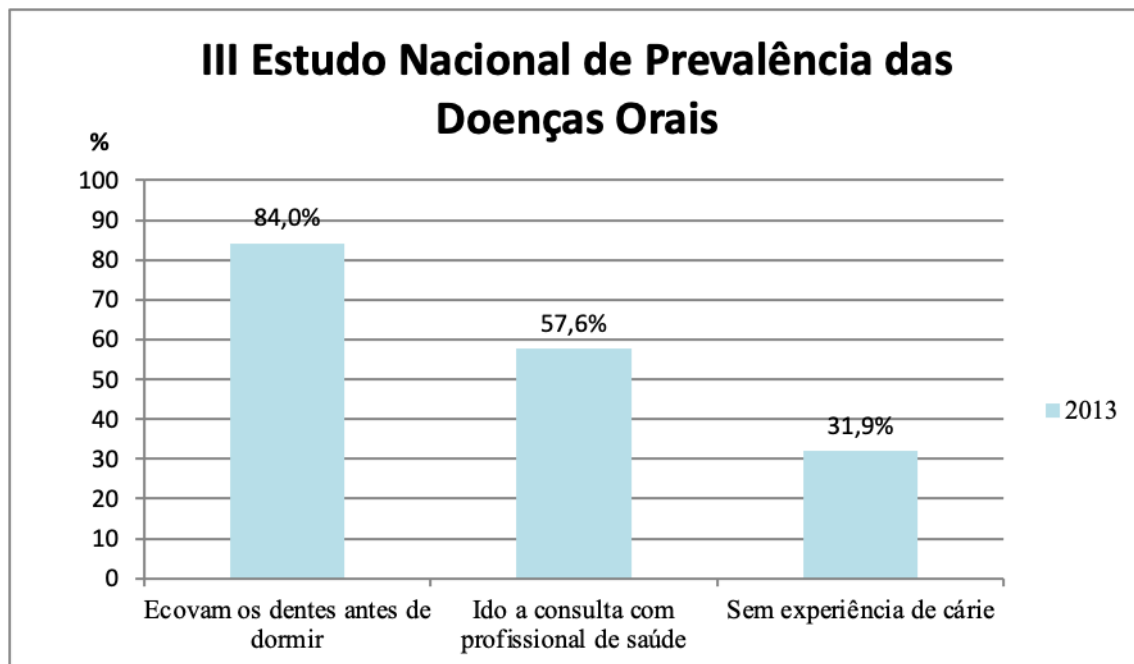
adolescentes de 6, 12 e 15 anos de idade. As conclusões, relataram que a condição de saúde oral dos jovens portugueses tem vindo a melhorar progressivamente e mostram uma diminuição de cárie e das necessidades de tratamento nos dentes permanentes e decíduos, ainda que com menor ênfase nestes últimos. De 2000 a 2008, a inexistência de cárie em crianças de 6 anos progrediu de 33% para 51% e o índice de cpod de 3,56 para 2,10. Em 2015, a ausência de cárie diminuiu para 31,9% e o índice cpod para 1,7 e a prevalência de crianças livres de cárie mostrou uma grande melhoria de 27% para 44% , aos 12 anos de idade, e CPOD diminuiu de 2,95 para 1,48 (Calado et al., 2017).



**Gráfico 1** - Gráfico comparativo dos Estudos Nacionais de Prevalência das Doenças Orais da DGS em percentagem.

Dando continuidade a importância da monitorização dos principais indicadores de saúde oral, a DGS considerou essencial proceder à realização do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais, divulgado em Novembro de 2015. Um dos objetivos do estudo era avaliar a prevalência e a gravidade da cárie dentária aos 6, 12, 18, 35-44 e 65-74 anos a nível regional e nacional e comparar os dados registados com os dos estudos anteriores. Das 1326 crianças avaliadas, ocorreu uma melhoria da percentagem de crianças e jovens que escovam os dentes à noite e antes de dormir, que em 2006, aos 6 anos foi de 35%, enquanto em 2013 aos 6 anos essa percentagem foi de 84%. E também

se avaliou que 57,6 % destas crianças já tinham ido a uma consulta com profissional de saúde oral e 31,9% apresentavam-se sem experiência de cárie (DGS, 2015).



**Gráfico 2** - Gráfico relativo ao III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais (DGS, 2015).

Os estudos relatam que a cárie dentária é a principal razão para a dor dentária na infância, e a experiência de dor ou tratamentos dentários dolorosos e podem reforçar a ocorrência de medo (Torriani, 2014). Quando a criança sofre situações stressantes e que geram ansiedade, esta pode manifestar desajustes psicológicos, como enurese, gaguez, comportamento agressivo, medo exagerado e dificuldades de relacionamento. Estas respostas iniciam-se na expectativa de ir a consulta de Medicina Dentária, aumentam na sala de espera e agravam-se no momento do procedimento em si. É importante ter em atenção no prosseguimento de aspetos subjetivos, que podem ser manifestados pelo paciente, que vão além do tratamento dentário (Lima et al., 2016).

### 1.6. Consulta de odontopediatria

O atendimento adequado ao paciente facilita a cooperação do mesmo e faz-se necessário trabalhar o seu aspeto emocional e intensificar o vínculo afetivo entre paciente

e profissional. Quanto mais o profissional compreende o seu paciente mais positivo tornar-se-á o tratamento (Mota et al., 2012).

Segundo, Lima et al., (2016), o atendimento personalizado às crianças aponta para a beneficiação do cuidado focado no estado psicológico do paciente, e por isso é difícil construir um ambiente de saúde sem apoio para a criança, principalmente em contexto de medo, ansiedade e dor. O resultado da psicologia nesse contexto pode favorecer a melhoria na qualidade de vida e beneficiar o bem-estar, para que as crianças se sintam mais confiantes para encarar a situação vivenciada.

É fundamentalmente importante que os odontopediatras percebam as causas que interferem nos níveis de ansiedade das crianças tendo em vista uma melhor abordagem, integração e intervenção ao tratamento (Cunha Soares et al., 2015).

Segundo Porritt et al. (2013), e reafirmado por Cianetti et al. (2017), existem três métodos para medir ansiedade dentária:

- a) "avaliação comportamental": a equipa médico-dentária ou pesquisadores são solicitados a quantificar as reações comportamentais e emocionais indicadas pelas crianças durante o tratamento;
- b) "avaliação psicométrica": preenchimento de um questionário pelas crianças ou um dos progenitores, normalmente antes do tratamento, para indicar o nível de ansiedade da criança associado à algumas situações orais;
- c) "análise de resposta fisiológica": variações de parâmetros ligados à ansiedade são medidos, como os níveis de cortisol salivar (Cianetti et al., 2017; Porritt et al., 2013).

A odontopediatria abrange uma variedade de disciplinas, técnicas, procedimentos e habilidades que compartilham uma base comum com outras especialidades, mas são modificadas e adaptadas às necessidades de bebés, crianças, adolescentes e pessoas com necessidades especiais de saúde. Por ser uma especialidade adequada para a idade, a odontopediatria engloba disciplinas como orientação comportamental, cuidado ao paciente com deficiência, supervisão do crescimento e desenvolvimento orofacial, prevenção de cárie, sedação, manuseamento farmacológico e hospitalar, bem como outros campos tradicionais da Medicina Dentária (AAPD, 2020).

A ansiedade prévia ao tratamento oral pode ser resultado de situações relatadas nas crianças das mais variadas formas, como conversas informais, ideias veiculadas nas redes sociais ou pelos próprios familiares, reforçando comportamentos negativos em relação às consultas de Medicina Dentária (Vencato & Einstein, 2021).

A ansiedade frente a consulta de odontopediatria em Medicina Dentária é uma situação frequente e cabe aos médicos dentistas saberem identificá-la e ter habilidades para lidar com a questão emocional do paciente. Durante o tratamento, o comportamento não colaborante e o estado de saúde do paciente podem ser comprometidos, com sintomas que podem incluir preocupações, nervosismo, tensão motora, tremores, sudorese, tonturas e cefaleias (Busato et al., 2017).

Embora seja possível empregar intervenções farmacológicas para controlar o alto nível de ansiedade, como anestesia ou sedação, os médicos dentistas geralmente usam técnicas de comunicação, comportamentais e psicológicas para controlar o nível baixo ou moderado de ansiedade e alcançar uma alta qualidade de atendimento oral. Isso inclui métodos como “Tell-Show-Do”, controle de voz, distração, modelagem, contenção e reestruturação cognitiva (Zhu et al., 2020).



## **II. OBJETIVOS**

O presente estudo tem como objetivo avaliar a ansiedade infantil antes e após a consulta de Medicina Dentária através do teste Venham Picture Test (VPT) em crianças com diferentes faixas etárias, que estiveram na consulta de Odontopediatria na Clínica Dentária Universitária Egas Moniz

Para a realização deste estudo, teremos como principais objetivos:

1. Avaliar o grau de ansiedade infantil antes da consulta de Medicina Dentária
2. Avaliar o grau de ansiedade infantil depois da consulta de Medicina Dentária
3. Relacionar a ansiedade com a faixa etária, gênero, antes ou depois da consulta



### **III. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1. Caracterização do estudo**

Trata-se de um estudo observacional longitudinal, com uma amostra de conveniência constituída pelas crianças que frequentaram a consulta de Odontopediatria.

#### **3.2. Considerações éticas do estudo**

A proposta desta Investigação foi avaliada e contou com a aprovação da Comissão Científica do Mestrado Integrado de Medicina Dentária e da Comissão de Ética da Cooperativa de Ensino Superior Egas Moniz (Anexo I).

De modo a realizar o presente estudo, foram solicitadas as autorizações prévias de participação no projeto dos progenitores ou responsáveis legais da criança que frequentou a consulta de Odontopediatria, na Clínica Dentária Egas Moniz, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores e para adultos (Anexo II), sendo esta participação voluntária e assegurada da confidencialidade de toda a informação fornecida. Neste documento descreve-se o enquadramento do estudo, os objetivos do mesmo, e a transmissão necessária acerca do procedimento observacional a ser realizado.

A direção Clínica da Clínica Dentária Egas Moniz autorizou que a recolha de dados fosse realizada dentro das instalações da clínica.

#### **3.3. Localização do estudo**

Este estudo foi realizado na Clínica de Odontopediatria do Instituto Universitário Egas Moniz.

### **3.4. Duração do estudo**

A investigação foi executada no período de fevereiro a junho de 2021.

### **3.5. Amostra**

A amostra do estudo foi composta por 35 crianças de ambos os gêneros, com idades compreendidas entre os três e nove anos de idade.

#### **3.5.1. Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão foram:

- Indivíduos que frequentem a consulta de Odontopediatria, da Clínica Universitária Egas Moniz;
- Indivíduos com intervalos de idade de 3 a 9 anos;
- Consentimento Informado devidamente assinado pelo progenitor ou tutor legal.

#### **3.5.2. Critérios de Exclusão**

E os critérios de exclusão:

- Crianças e/ou encarregados de educação que não aceitaram participar no estudo ou na ausência de Consentimento Informado devidamente assinado;
- Crianças que apresentassem alterações psico-motoras;
- Crianças que apresentassem dificuldades de interpretação por serem estrangeiras (barreira linguística).

### **3.6. Metodologia do estudo**

Foi apresentado a cada criança a escala VPT (Figura 1), escolhendo o género da criança entrevistada e abordando-a de forma clara: “Aponta para o boneco que mostra como te sentes nesse momento!”



**Figura 1** - Demonstração da criança a utilizar a escala VPT

O teste Venham Picture Test (VPT) foi proposto para medir a ansiedade infantil e é um instrumento de avaliação em que se usa um conjunto de figuras (Figura 2 e 3). A criança escolhe a que mais se identifica com ela naquele momento (Oliveira, Moraes & Evarist, 2012).

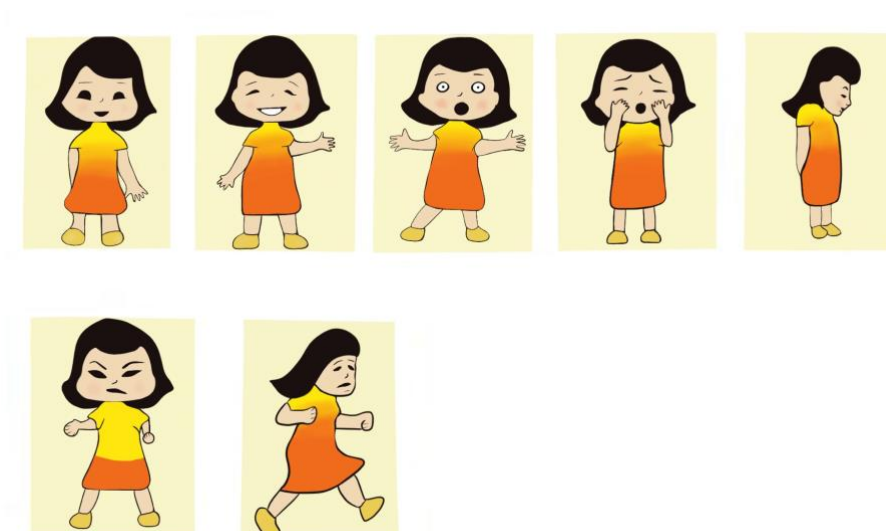


Figura 2 - Fonte: Adaptado de Goes, et al., 2010.

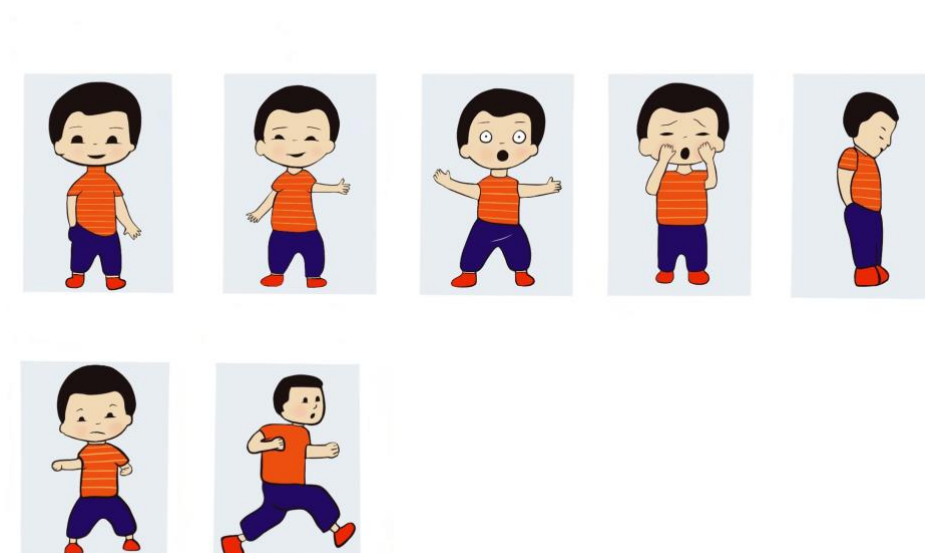


Figura 3 - Fonte: Adaptado de Góes, et al., 2010.

A criança é orientada a escolher uma entre as sete figuras de um menino/a, que revelam várias reações, a figura que mais transmite a sua emoção naquele instante (Góes et al., 2010). A figura apontada pela criança e que exprimir o seu sentimento será incluída numa avaliação de códigos de 1 a 7, sendo que o 1 representa crianças não ansiosas e sete, crianças com altos níveis de ansiedade (tabela 1).

**Tabela 1** - Código de ansiedade relacionado a reação motivacional.

<b>Código</b>	<b>Reação Emocional</b>	
1	Neutro	Pouca ansiedade
2	Alegre	Ausente de ansiedade
3	Medo	Ansiedade
4	Aflito / choro	Ansiedade
5	Triste	Ansiedade
6	Raiva	Ansiedade
7	Pânico	Ansiedade

### **3.7. Tratamento e análise dos dados**

#### **3.7.1. Base de dados**

Os dados obtidos a partir dos respectivos questionários e índices, sendo eles: tipo de tratamento realizado, tempo de duração do atendimento na clínica, comportamento, sexo e idade foram anotados no questionário de cada criança para serem correlacionados com a figura apontada e foram colocados numa base de dados do Excel.

A cada indivíduo da amostra foi atribuído um código numérico, o qual será utilizado para a sua identificação, garantindo o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

#### **3.7.2. Análise estatística**

Após a recolha dos dados, estes foram submetidos a uma análise estatística realizada no programa IBM SPSS® (Statistical Package for the Social Sciences).



## IV. RESULTADOS

### 4.1. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas

Foram avaliadas 35 crianças de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 3 a 9 anos. Do total da amostra 17 pacientes pertenciam ao género masculino (48,6%) e 18 ao género feminino (51,4%). A distribuição do género está descrita na tabela 2.

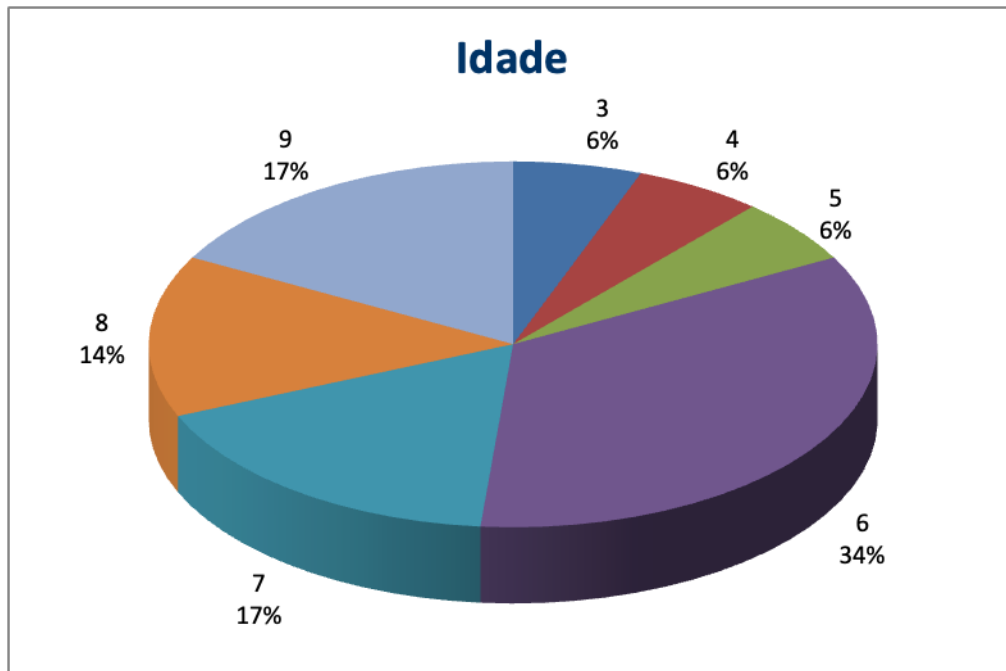
*Tabela 2 - Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, em função do género*

Número de Participantes	Masculino	Feminino
35 (100%)	17 (48,6)	18 (51,4%)

A idade dos participantes neste estudo, variou de uma idade mínima de 3 anos e máxima de 9 anos (tabela 3) e a idade média de maior frequência foi de  $6,6 \pm 0,293$  anos, que corresponde a uma percentagem de 34,3% nesta faixa etária (gráfico 3).

*Tabela 3 - Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, em função da idade.*

Idade da criança	Frequência (n)	Percentagem (%)
3	1	5,7%
4	2	5,7%
5	2	5,7%
6	12	34,3%
7	6	17,1%
8	5	14,3%
9	6	17,1%



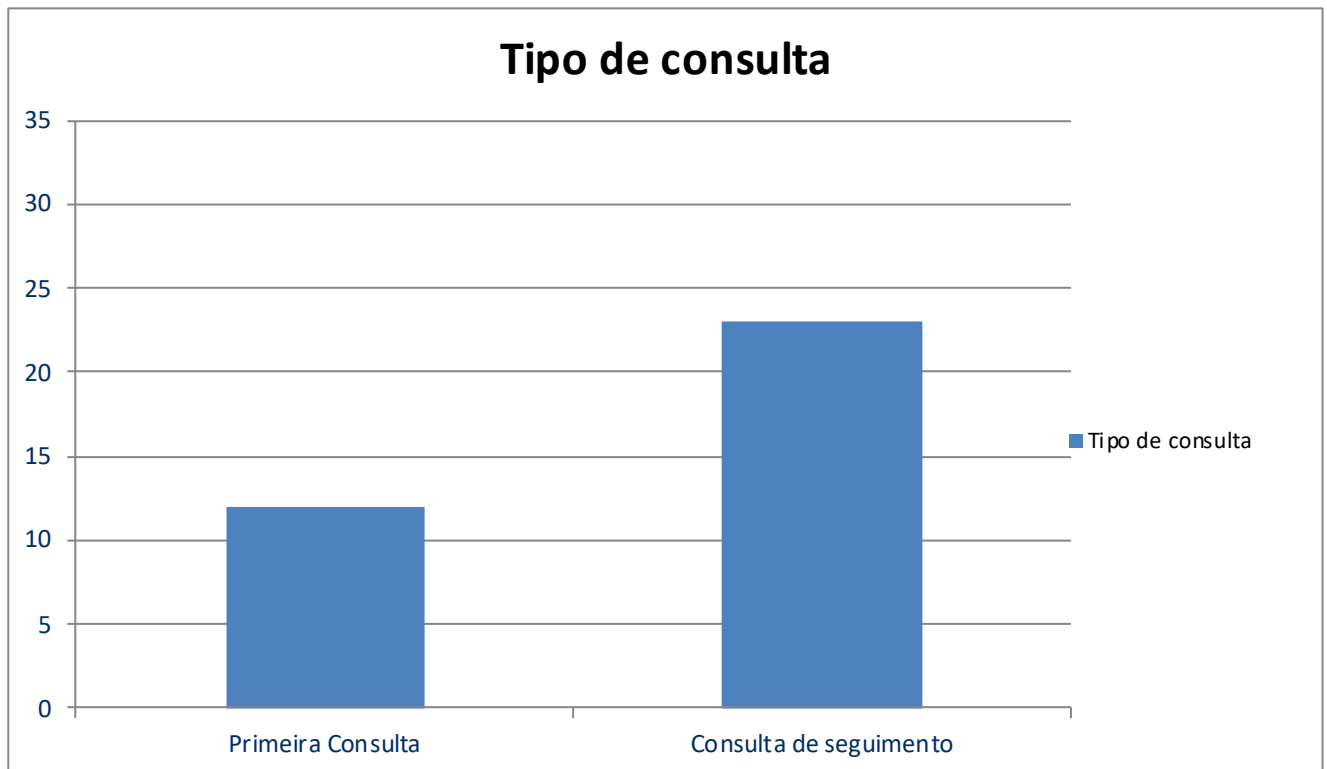
**Gráfico 3** - Distribuição por percentagens dos indivíduos na amostra, em função da idade

As amostras foram divididas em dois tipos de consultas: primeira consulta e consulta de seguimento (tabela 4).

**Tabela 4** - Caracterização do tipo de consulta.

Tipo de consulta	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Primeira consulta	12	34,3%
Consulta de seguimento	23	65,7%

A afluência foi maior nas consultas de seguimento do que nas primeiras consultas, como observado no gráfico 4.



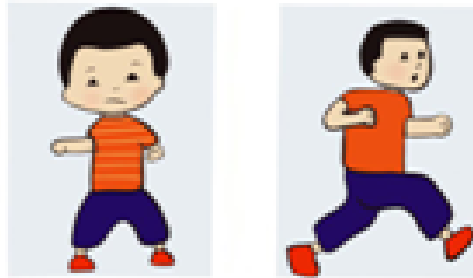
**Gráfico 4** – Caracterização do tipo de consulta

Dos tratamentos efetuados o que se apresentou com maior frequência (22,9%) foi a realização de história clínica, que normalmente é feita na primeira consulta. Já nas consultas de seguimento os tratamentos passam a ser mais diferenciados de acordo com a necessidade de cada criança. E dentro dessa situação, o tratamento mais realizado foi a destartarização, que faz parte da primeira etapa de atendimento em consultas de Odontopediatria, importante para adaptação infantil (Tabela 5).

**Tabela 5 - Caracterização do tipo de tratamento efetuado**

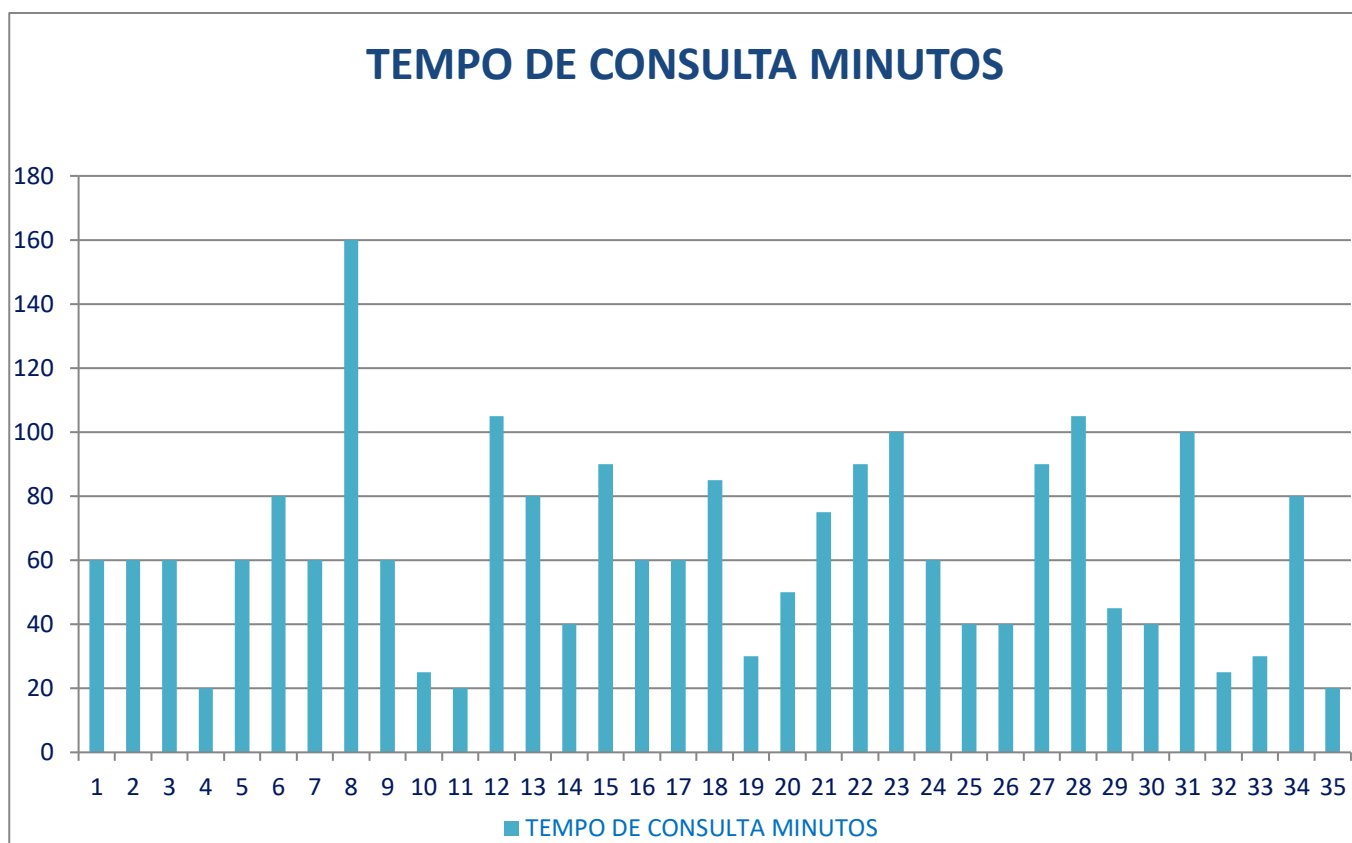
<b>Tipo de atendimento</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>Porcentagem (%)</b>
<b>Não permitiu atendimento</b>	<b>1</b>	<b>2,9%</b>
<b>Avaliação</b>	<b>2</b>	<b>5,7%</b>
<b>Histórica Clínica</b>	<b>8</b>	<b>22,9%</b>
<b>Destartarização</b>	<b>3</b>	<b>8,6%</b>
<b>Higiene Oral e Flúor</b>	<b>2</b>	<b>5,7%</b>
<b>Restauração</b>	<b>3</b>	<b>8,6%</b>
<b>Exodontia</b>	<b>3</b>	<b>8,6%</b>
<b>Raio-X</b>	<b>1</b>	<b>2,9%</b>
<b>Selantes</b>	<b>2</b>	<b>5,7%</b>
<b>Impressões</b>	<b>1</b>	<b>2,9%</b>
<b>Remoção de férula</b>	<b>1</b>	<b>2,9%</b>
<b>Ajuste de aparelho</b>	<b>1</b>	<b>2,9%</b>
<b>Histórica Clínica/ Destartaização</b>	<b>1</b>	<b>2,9%</b>
<b>História Clínica/ Higiene Oral e flúor</b>	<b>1</b>	<b>2,9%</b>
<b>História Clínica/ Raio X</b>	<b>1</b>	<b>2,9%</b>
<b>Destartarização/ motivação da higiene Oral e flúor</b>	<b>3</b>	<b>8,6%</b>
<b>Mantenedor de espaço/ Destartarização</b>	<b>1</b>	<b>2,9%</b>

No total da amostra de 35 crianças avaliadas, apenas 1 não permitiu o atendimento. Esta criança apesar de ter demonstrado estar adaptada e relaxada para o atendimento, apontou a figura que caracteriza a raiva. Quando o médico dentista foi realizar o tratamento, a criança não o permitiu e no fim do atendimento apontou para a figura que caracteriza a vontade de ir embora e pânico (Figura 4).



*Figura 4 - Fonte adaptada de Góes, et. al, 2010*

O tempo médio em minutos destas consultas, foi de 63 minutos, dentro de um intervalo de 20 a 160 minutos, como descreve o gráfico 5.



**Gráfico 5** - Caracterização do tempo de consulta em minutos por questionário

Em relação as figuras escolhidas, observou se que a mais assinalada na escala VPT antes da consulta, foi a figura 1 que representa uma reação neutra, seguida da figura 2 que representa sem ansiedade (alegre)(tabela 6).

**Tabela 6** - Caracterização da frequência da figura assinalada na escala VPT antes da consulta

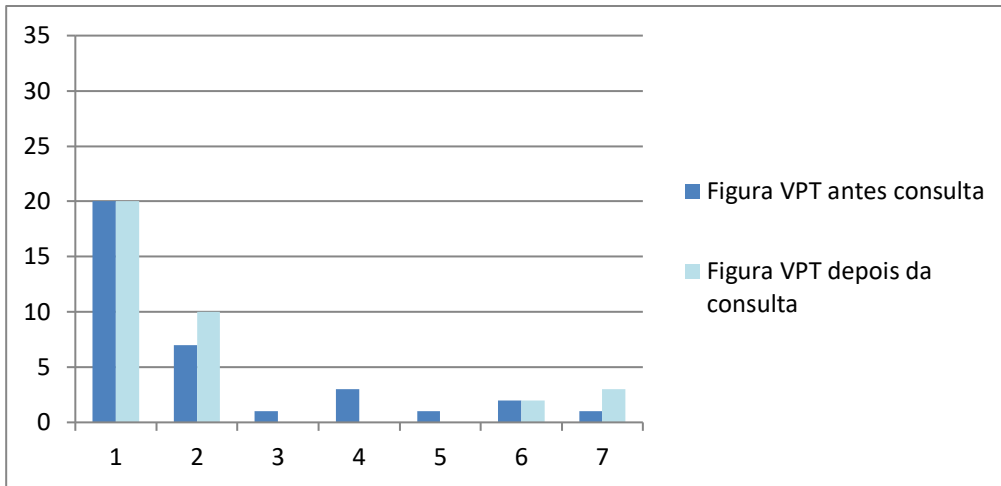
Figura assinalada na escala VPT (antes)	Frequência (n)	Porcentagem (%)
1	20	57,0%
2	7	20,0%
3	1	3,0%
4	3	8,0%
5	1	3,0%
6	2	6,0%
7	1	3,0%

Quanto a relação das figuras escolhidas depois da consulta, observou-se que a mais assinalada na escala VPT, foi a figura 1 seguida da figura 2 que teve mais 3 respostas (Tabela 7).

*Tabela 7 - Caracterização da frequência da figura assinalada na escala VPT depois da consulta.*

<b>Figura assinalada na escala VPT (depois)</b>	<b>Frequência</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>1</b>	20	57,0%
<b>2</b>	10	29,0%
<b>3</b>	0	0,0%
<b>4</b>	0	0,0%
<b>5</b>	0	0,0%
<b>6</b>	2	6,0%
<b>7</b>	3	8,0%

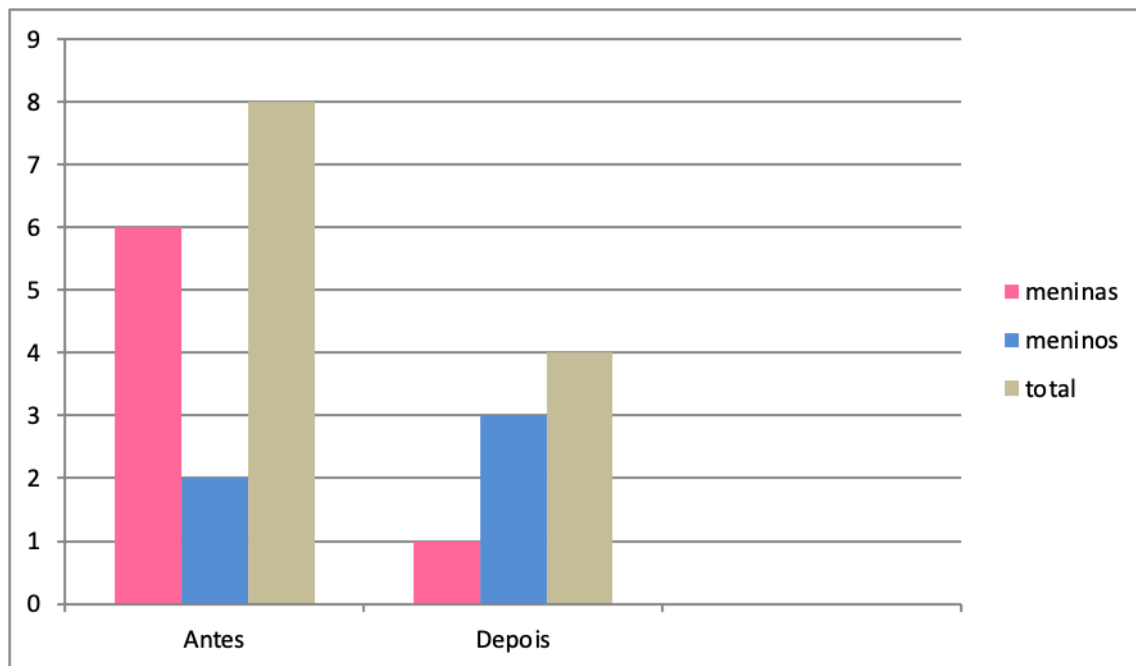
No gráfico abaixo (gráfico 6), podemos visualizar melhor essa comparação entre as figuras assinaladas antes e depois da consulta. Uma observação a ser registrada na figura 7, que foi apontada mais duas vezes após a consulta, pois as crianças que a fizeram estavam ansiosas para ir embora.



**Gráfico 6**–Avaliação da figura VPT antes e depois da consulta.

Neste estudo, pode-se observar que nas 35 crianças avaliadas, apenas 9 crianças (25,71%) apontaram para figuras que tinham código de ansiedade e quando classificadas em género, observou-se que as meninas apresentaram-se mais ansiosas (17,14%) que os meninos (8,57%).

Quando relacionadas ao género e antes e depois das consultas de Medicina Dentária as meninas mostraram se menos ansiosas (2,85%) no final das consultas, enquanto que os meninos mantiveram-se ansiosos (8,57%), como podemos observar no gráfico 7.



**Gráfico 7** - Gráfico de comparação entre o género e o número de figuras apontadas de ansiedade, antes e depois da consulta

No segundo plano, temos as comparações através de testes estatísticos e neste caso concreto, em nenhuma situação são identificadas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade. Os resultados dos valores de  $p$  são todos superiores a 0,05, limiar para a identificação de diferenças significativas.

Desta forma, pode se averiguar que dentro da amostra obtida, não houve valores significantes de níveis de ansiedade no plano descritivo e nem quando comparados antes ou depois da consulta, como confirma a estatística de teste de classificação de Wilcoxon que apresenta uma significância bilateral de  $p=0,727$ .

Como pode se observar, não houve correlação entre o nível de ansiedade e o tempo da consulta, tendo em vista que o coeficiente de correlação de Spearman = 0,117 obtido é muito baixo (próximo de zero) e não significativo.



## **V. DISCUSSÃO**

Apesar dos vários métodos utilizados para medir o medo frente ao atendimento médico-dentário, este é um estado emocional de julgamento difícil por conta da sua subjetividade, pois está diretamente relacionada com a questão comportamental do indivíduo (Gama et al., 2017).

Perceber o medo e a ansiedade dentária em crianças pequenas é uma forma essencial para diminuir os seus efeitos no pré e pós-operatório. Crianças que estão relaxadas e sem medo podem apresentar um comportamento positivo, como sorrir e conversar. Em controvérsia, crianças com maior grau de ansiedade podem se comportar de maneira cautelosa ou hesitante, enquanto algumas, em casos mais extremos, são capazes de se defender fisicamente e interromper os procedimentos de tratamento (Yon et al., 2020).

Neste estudo observou-se que 25,71% das crianças escolheram as figuras que correspondiam aos códigos de ansiedade e ao serem classificadas em gênero, observou-se que as meninas se apresentaram mais ansiosas (17,14%) que os meninos (8,57%), porém não se observou relevância estatística.

Comparativamente ao presente estudo, Martins & Dias (2016), apresentaram valores superiores em que 43,9% das crianças analisadas revelaram-se ansiosas. Porém, em relação ao gênero, concluem que crianças do gênero feminino apresentaram-se menos ansiosas do que as do gênero masculino, sendo mais ansiosas em consultas de seguimento do que em consultas de primeira vez, contrariamente ao presente estudo.

Oliveira et al. (2012), segundo o teste VPT, observou 50 crianças de ambos os sexos com faixa etária de 4 a 9 anos e seus respectivos responsáveis na clínica de odontopediatria da Universidade Regional de Blumenau (FURB). O resultado obtido foi que 47,83% das crianças com 4-6 anos de idade e 55,56% com 7-9 anos de idade eram livres de ansiedade, valores que são inferiores do presente estudo que corresponde a 74,29%.

Recentemente, Vencato & Einstein (2021), para analisar a ansiedade infantil também optaram pelo Venham Picture Test (VPT), por ser um instrumento no qual,

através da visualização de figuras, as crianças identificam-se com o sentimento da personagem no momento da consulta. Entretanto, o instrumento foi adaptado por um designer para que a personagem infantil chamada de “Cookie” não apresentasse cor, diferença racial ou sexo, mantendo-se lúdico. Desta forma, manteve-se a facilidade de aplicação do teste VTP e o grau de compreensão por parte das crianças, e ainda, mostrou-se eficaz para a análise da ansiedade nas crianças.

Góes et al. (2010) e Busato et al. (2017), consideram o Teste VPT, como um teste de fácil aplicação e que demanda pouco tempo e ainda ressaltam que é importante para ser utilizado previamente à consulta de Medicina Dentária, com a vantagem de conhecer melhor o paciente infantil e o quão ansioso se encontra frente a mesma.

Araújo et al. (2018), também consideraram que o teste VPT modificado é uma ferramenta válida para avaliar a ansiedade infantil prévia ao tratamento. As crianças concordaram em participar na avaliação, sem receios ou apreensão com facilidade na identificação das figuras do teste sendo uma condição primordial para a sua aplicação. Este estudo evidenciou a inexistência ou baixo nível de ansiedade na maior parte da amostra pesquisada, assim como a facilidade de adaptação das crianças ao questionário.

No presente estudo, assim como em estudos semelhantes, cada autor adequou a pergunta do questionário sobre ansiedade da maneira que achou mais perceptiva. Neste estudo, cada criança entrevistada foi abordada de forma clara e pediu-se: “Aponta para o boneco que mostra como te sentes nesse momento!”, assim como no estudo de M. de F. Oliveira et al., (2012) no qual questionou-se as crianças: “Mostra para mim, como você está se sentindo agora” e Busato et al., (2017), que usou a seguinte frase: “Todas essas crianças estão esperando para entrar na sala do dentista. Olhe para o rosto delas. Qual delas se parece mais com você?” enquanto, Oliveira et al. (2012), que utilizaram a seguinte pergunta: “Eu gostaria que você apontasse para o menino(a) que está sentindo o mesmo que você está sentindo agora. Olhe cuidadosamente para o rosto das figuras e veja como elas se sentem”.

Neste estudo, as figuras escolhidas mais assinaladas na escala VPT antes da consulta, foram a figura 1 que representa uma reação neutra (57,0%), seguida da figura 2 que representa alegria, sem ansiedade (20,0%), em contrapartida no estudo elaborado por

Busato et al. (2017) o sentimento que predominou nas crianças antes do atendimento dentário através do VPT foi “alegre” (35,0%) seguindo do “neutro” (25,0%).

No estudo de Paiva et al. (2019), concluiu-se que não houve associação considerável entre ansiedade na consulta de medicina dentária e o comportamento da criança ( $p = 0,221$ ). Todavia, o tempo em que a criança estava sob tratamento e os procedimentos mais complexos foram associados à presença de ansiedade.

Soares et al. (2020), observaram num estudo realizado com 58 crianças, entre 6 e 9 anos de idade, em que 29 crianças foram sujeitas ao procedimento de profilaxia e 29 crianças foram sujeitas a exodontia, em que, o género, a idade e presença de ansiedade prévia aos procedimentos não apresentaram relação estatisticamente significativa com o comportamento infantil. Porém no decorrer de tratamentos de profilaxia os pacientes revelaram um a conduta mais colaborante quando defrontado ao procedimento de exodontia.

Segundo Vencato & Einstein (2021), quanto maior a ansiedade do paciente maior será a sensibilidade à dor, e maior a experiência negativa acompanhada de dor intensa.

Em analogia ao nível de ansiedade das crianças, no presente estudo, observou-se que a maior parte se apresentou livre de ansiedade nos diversos grupos etários não apresentando relevância estatística ( $p=0,727$ ) concordando com o estudo de M. de F. Oliveira et al. (2012) que relataram que as crianças portaram-se de forma semelhante, ou seja, a maior parte enquadrou-se na categoria livre de ansiedade ( $p= 0,6$ ).

Em contrapartida, o estudo de Cunha Soares et al. (2015) relata que a ansiedade na consulta de Medicina Dentária apresentou-se numa escala mais elevada entre crianças mais novas, sem experiências prévias, com histórico de cárie e/ou dor de dente.

Araújo et al. (2018), relatam, que o nível de ansiedade e a idade apresentaram uma correlação favorável, demonstrando que o nível de ansiedade aumentou de forma gradual com o avanço da idade.

Uma diversidade de técnicas de manuseamento do comportamento é usada para as crianças durante os procedimentos dentários a fim de aliviar o seu medo e a ansiedade, promover uma atitude positiva, prestar atendimento de boa qualidade, estabelecer

comunicação e construir uma relação de confiança entre paciente e médico dentista (Riba et al., 2018).

Khandelwal et al. (2018), revelaram que o declínio na ansiedade foi significativamente maior quando a técnica de controlo de comportamento foi aplicada.

Moura et al. (2015), analisaram os comportamentos emocionais antes e após a consulta de Medicina Dentária, utilizando um livro audiovisual infantil que representa os pontos gatilhos para a ansiedade e o medo. Foi observado o seu efeito educativo como condicionamento prévio ao atendimento e conseqüentemente uma melhoria significativa confrontando-se o resultado antes da demonstração do instrumento lúdico e após o uso do instrumento.

O medo e a ansiedade dentária estão inseridos no dia a dia do atendimento médico dentário e podem apresentar-se de várias formas. Entretanto, existem condutas profissionais a fim de prever que a criança apresente esses sintomas, e dessa maneira realizar manobras antes e durante o atendimento para torná-lo o mais confortável possível. Desta forma, o tratamento adequado ao comportamento da criança não permitirá que a ansiedade se estabeleça e se mantenha até à idade adulta, evitando os prejuízos para a saúde oral numa fase adulta (Paiva et al., 2019).

#### **Limitação do estudo:**

O tamanho da amostra deste estudo foi limitada uma vez que em contexto pandémico da SARS-coV-2, a presença na Clínica Dentária Egas Moniz era alternada com as aulas online, sendo apenas de 15 em 15 dias e também havia o receio por parte dos progenitores ou responsáveis legais em levarem os filhos a consulta de Medicina Dentária.

## **VI. CONCLUSÃO**

Apesar das evidências de medo e ansiedade dentária observadas neste estudo, as crianças foram classificadas como livres de ansiedade, não havendo correlação estatisticamente significativa entre género, idade ou tempo de consulta.

Observa-se com o passar dos anos que a Medicina Dentária, vem a evoluir cada dia mais. Novas tecnologias, novas formas de abordagens e novos conhecimentos fazem com que o tratamento dentário seja cada vez mais simples e menos doloroso e conseqüentemente faz com que as crianças diminuam a ansiedade e medo ao frequentarem as consultas.

Tendo atenção a este assunto, é de extrema importância a prevenção da saúde oral e consciencialização dos responsáveis para que frequentem regularmente as consultas de Medicina Dentária desde os primeiros anos de vida da criança. Devemos enfatizar a importância da intervenção profissional precoce e da continuidade dos cuidados com base nas necessidades individualizadas das crianças e não ignorar problemas de saúde oral que podem levar a dor e sofrimentos desnecessários.



## VII. BIBLIOGRAFIA

- American Academy of Pediatric Dentistry (2020). *The Reference Manual of Pediatric Dentistry*. Chicago, USA: AAPD.
- Araújo, I. de S., Antero, E. F., & Medeiros, A. P. de. (2018). Avaliação do nível de ansiedade prévio à consulta odontológica em crianças de 5 a 12 anos. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, 6, (16), 359-367. <https://doi.org/10.16891/606>
- Baker, S. D., Lee, J. Y., Wright, R. (2019) The Importance of the Age One Dental Visit. *American Academy of Pediatric Dentistry*. Chicago, IL.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2014). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19(1/2), 267. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v19i1/2.407>
- Barasuol, J. C., Busato, C. A., Felipak, P. K., & Menezes, J. V. N. B. (2016). Abordagem de pacientes com ansiedade ao tratamento odontológico no ambiente clínico TT - Management of patients with dental anxiety at clinical environment. *Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent*, 70(1), 76–81. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-797057>
- Busato, P., Garbin, R. R., Santos, C. N., Paranhos, L. R., & Rigo, L. (2017). Influência da ansiedade materna na ansiedade infantil frente ao atendimento odontológico: Estudo transversal. *Sao Paulo Medical Journal*, 135(2), 116–122. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2016.027728102016>
- Calado, R., Ferreira, C. S., Nogueira, P., & Melo, P. (2017). Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: The third national study. *Community Dental Health*, 34(2), 107–111. [https://doi.org/10.1922/CDH\\_4016Calado05](https://doi.org/10.1922/CDH_4016Calado05)
- Cianetti, G., Lupatelli, E., Pagano, S., Abraha, I., & Montedori, A., Caruso, R., Gatto, S., Giorgio, D., Salvato, R., Paglia, L. (2017). Dental fear / anxiety among children and adolescente. A systematic review. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 18(2), 121–130.

- Colombo, E. E. B. (2018). *Nível de stresse em profissionais da enfermagem no alojamento conjunto de um hospital universitário*. (Tese de Mestrado, Instituto Universitário Egas Moniz). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/25480>
- Costa, A. L. M., Paiva, E., & Ferreira, L. P. (2006). Abordagem Preventiva. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 22, 337–346.
- Cunha Soares, F., Salvador Marques de Lima, D., Azoubel Barreto, K., & Colares, V. (2015). Factors Associated With Dental Anxiety in Children: a Literature Review. *Psicologia, Saúde & Doença*, 16(3), 373–385. <https://doi.org/10.15309/15psd160308>
- Gama, T. D. S., Oliveira, C. A. De, Cabral, E. L., Figueiredo, C. H. M. D. C., Guênes, G. M. T., & Penha, E. S. Da. (2017). Perfil do medo apresentado por crianças frente ao tratamento odontológico. *Revista UNINGÁ*, 29(3), 23–27.
- Góes, M., Domingues, M., Couto, G., & Barreira, A. (2010). Anxiety, fear and vital signs of the child signs of the child patients. *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, 9(1), 39–44.
- Kanegane, K., Penha, S. S., Borsatti, M. A., & Garcia Rocha, R. (2003). Dental anxiety in an emergency dental service (Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência). *Revista de Saude Publica*, 37(6), 786–792. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-0346639130&partnerID=40&md5=6f8ba3c61aabaa49b955c90b758d892d>
- Kassem El Hajj, H., Fares, Y., & Abou-Abbas, L. (2021). Assessment of dental anxiety and dental phobia among adults in Lebanon. *BMC Oral Health*, 21(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12903-021-01409-2>
- Khandelwal, D., Kalra, N., Tyagi, R., Khatri, A., & Gupta, K. (2018). Control of anxiety in pediatric patients using “tell show do” method and audiovisual distraction. *Journal of Contemporary Dental Practice*, 19(9), 1058–1064. <https://doi.org/10.5005/JP-JOURNALS-10024-2381>

- Kilinç, G., Akay, A., Eden, E., Sevinç, N., & Ellidokuz, H. (2016). Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic. *Brazilian Oral Research*, 30(1), 1–8. <https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0072>
- Lima, K. M. A., Maia, A. H. N., & Bezerra, M. de H. O. (2016). Psicologia E Odontopediatria: Possibilidade De Atuação Em Uma Clínica - Escola. *Revista Expressão Católica Saúde*, 1(1), 133–137. <https://doi.org/10.25191/recs.v1i1.1394>
- Martins, N., & Dias, M. do R. (2016). Contágio emocional de ansiedade encarregado de educação/criança em odontopediatria. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*, 57(3), 164–170. <https://doi.org/10.1016/j.rpemd.2015.12.006>
- Matos, L. B., Bezerra Ferreira, R., & Vieira, Diniz Santos, L. (2018). Manejo de comportamento em crianças com ansiedade e estresse em clínica de Odontopediatria. *Odontol Planal Cent*, 4(1), 18–24.
- Moloney, R. D., O'Mahony, S. M., Dinan, T. G., Cryan, J. F., Greenwood-Van Meerveld, B., Johnson, A. C., Silva, J. F. da C., Rocha, J. R., FôNSECA, A. B. Da, Souza, A. R. B. De, TAVARES, C., & BARBOSA, M. (2010). Estresse Ocupacional e suas Principais Causas e Consequências. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 1(2), 1–24. <https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/633>
- Mota, L. de Q., Farias, D. B. L. M., & Santos, T. A. dos. (2012). Humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação em Odontologia. *Arquivos Em Odontologia*, 48(3), 151–158.
- Oliveira, M. D. F., Vinícius, M., & Cardoso, D. D. (2012). Avaliação da Ansiedade Infantil Prévia ao Tratamento Odontológico. *UEPG Ci. Biol. Saúde*, 18(1), 31–37. <https://doi.org/10.5212/Publ.Biologicas.v.18i1.0004>
- Oliveira, M. de F., de Moraes, M. V. M., & Evaristo, P. C. S. (2012). Avaliação da ansiedade dos pais e crianças frente ao tratamento odontológico. *Pesquisa Brasileira Em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 12(4), 483–489.

<https://doi.org/10.4034/PBOCI.2012.124.06>

Pacifico, M., Facchin, M. M. P., & Santos, F. de F. F. C. (2017). Children Also Get Stressed? the Influence of Stress in Child. *Temas Em Educação e Saúde*, 13(1), 107–123.

Paiva, A. C. F. De, Bittencourt, J. M., Martins, L. P., Paiva, M., & Bendo, C. B. (2019). Ansiedade odontológica autorrelatada pelas crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais: fatores associados e correlação com o medo dos pais. *Arquivos Em Odontologia*, 55(e13), 1–9.

Pereira, J. C., & Auxiliadora, M. (2012). Ansiedade frente ao tratamento odontológico: prevalência e fatores preditores em brasileiros Anxiety regarding dental treatment: prevalence and predictors among Brazilians. *Cienc, Saúde Colectiva*, 17(7) 1915–1922.

Pereira, L. Z., & Zille, G. P. (2010). O estresse no trabalho uma análise teórica de seus conceitos e suas inter relações. *Gestão e Sociedade*, 4(7), 414. <https://doi.org/10.21171/ges.v4i7.923>

Pinto, A. (2013). *Fundamentos e Aplicações* (2a ed.). Lisboa: Lidel

Porritt, J., Buchanan, H., Hall, M., Gilchrist, F., & Assessing, M. Z. (2013). Assessing children ' s dental anxiety : a systematic review of current measures. *Community Dent Oral Epidemiol*, 41(2), 130–142. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2012.00740.x>

Riba, H., Al-Shahrani, A., Al-Ghutaimel, H., Al-Otaibi, A., Al-Kahtani, S. (2018). Parental Presence/Absence in the Dental Operatory as a Behavior Management Technique: A Review and Modified View. *TheJournal of Contemporary Dental Practice*, 19(2), 237-241.

Seligman, L. D., Hovey, J. D., Chacon, K., & Ollendick, T. H. (2017). *Dental anxiety : An understudied problem in youth*. 55(June 2016), 25–40. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.04.004>

- Sena, A. (2016). *Cérebro, Saúde e Sociedade* (2nd ed.). Lisboa: Lidel.
- Silva, A.C. (2012). *Medo e Ansiedade - Uma realidade*.(Tese de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade Ciências da Saúde, Porto)
- Srinivasan, K. (2019). Facial Image Scale: An Innovative Scale for the Assessment of Child's Dental Anxiety. *Indian J Dent Adv*, 11(4), 125–130. <https://doi.org/10.5866/2019.11.10125>
- Soares, F. C., Lima, D. S. M. de, Barreto, K. A., & Colares, V. (2015). Ansiedade Odontológica em crianças e os fatores associados: revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doença*, 16(3), 373-385. [Http://Dx.Doi.Org/10.15309/15psd160308](http://Dx.Doi.Org/10.15309/15psd160308)
- Soares, J. P., Piaia, J., Cardoso, M., & Bolan, M. (2020). Avaliação do comportamento odontológico infantil durante procedimentos de profilaxia e exodontia. *Arquivos Em Odontologia*, 56(e04), 1–9.
- Torriani, D.D., Ferro, R. L., Bonow, M. L. M., Santos, I. S., Matijasevich, A., Barros, A. J., Demarco, F. F., Peres, K. G. (2014). Dental Caries Is Associated with Dental Fear in Childhood : Findings from a Birth Cohort Study. *Caries Research*, 48(4) 263–270. <https://doi.org/10.1159/000356306>
- Vencato, C. S., & Einstein, A. (2021). Ansiedade de pacientes infantis e seus pais em sala de espera de clínica odontológica Anxiety of the infant patients and their parents in the dental clinic waiting room. *Brazilian journal of Development*, 7(2), 14053–14065. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-161>
- Viana Filho, J. M. C., Clementino, M. A., Lima, L. C. M. de, Garcia, A. F. G., Carvalho, M. M. P. de, & Ferreira, J. M. S. (2018). Anxiety of parents and children in dental care. *RGO - Revista Gaúcha de Odontologia*, 66(4), 321–329. <https://doi.org/10.1590/1981-863720180004000053483>
- Yon, M. J. Y., Chen, K. J., Gao, S. S., Duangthip, D., Lo, E. C. M., & Chu, C. H. (2020). An Introduction to Assessing Dental Fear and Anxiety in Children. *Healthcare*, 8(2), 86. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020086>

Zhu, M., Yu, H., Xie, B., Li, H., He, Q., Li, H., Su, J., & Li, X. (2020). Experiential learning for children's dental anxiety: A cluster randomized trial. *BMC Oral Health*, 20(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-01204-5>

Zinke, A., Hannig, C., & Berth, H. (2018). Comparing oral health in patients with different levels of dental anxiety. *Head Face Med*, 14(1), 1–5.

# ANEXOS

## ANEXO I



Questionário N°: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Questionário de trabalho de projeto final do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Clínica Dentária Egas Moniz**

**“Avaliação da ansiedade dos pacientes pediátricos na consulta de Medicina Dentária”**

Idade: \_\_\_\_\_anos

**Dados Pessoais**

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo: Feminino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

Motivo da consulta atual:

\_\_\_\_\_

Selecione com um (X), ao que corresponde a consulta atual:

- Primeira consulta
- Consulta de Rotina

**Avaliação da ansiedade na criança**

As questões que se seguem devem ser respondidas **exclusivamente** pela criança de acordo com as instruções que lhe irão ser fornecidas no momento do seu preenchimento.

**Instruções:** As questões devem ser respondidas pela criança, a qual deve selecionar entre as seguintes figuras apresentadas, a que melhor descreve o seu estado de ansiedade e a forma como esta se sente, em cada um dos momentos da consulta.

**1.1. No início da consulta:** Qual a figura que melhor representa a forma como te sentes?

Figura escolhida: \_\_\_\_\_

**1.2. No final da consulta:** Qual é, neste momento, a figura que melhor representa o que sentes?

Figura escolhida: \_\_\_\_\_

1. Para as meninas



2. Para os meninos



**Caracterização da Consulta**

1.1. Tempo de consulta: \_\_\_\_\_

1.2. Quais os procedimentos realizados? (Possível assinalar mais do que uma opção)

- Avaliação
- Plano de tratamento
- Restauração
- Exodontia/ Cirurgia
- Endodontia
- Outros: \_\_\_\_\_

1.3. Relativamente ao comportamento apresentado pela criança durante a consulta,este permitiu a realização dos procedimentos?

- Sim
- Não

## ANEXO II

**Consentimento Informado**

Código| IMP:EM,PE.17\_03

Monte de Caparica, \_\_\_de Janeiro de 2021

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto Final do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Prof. Doutora Gunel Kizi, solicita-se autorização para a participação no estudo "Avaliação da ansiedade dos pacientes pediátricos na consulta de medicina dentária". Este decorre nas instalações da Clínica Dentária Egas Moniz com o objetivo de avaliar e descrever a ansiedade das crianças que frequentem a Consulta de Odontopediatria na clínica supracitada, através do teste Venham Picture Test Modificado (VPTM) no qual se usa um conjunto de figuras, entre as quais a criança que está a ser analisada escolhe a que mais se identifica com ela no momento. Às crianças são apresentados sete figuras de um menino/a, as quais expressam várias reações e, diante delas, as crianças são estimuladas a escolher as figuras que mais refletem as suas emoções. O profissional solicita à criança que responda ao teste da seguinte maneira: "Olha cuidadosamente para as figuras e vê como elas se sentem. Aponta para o boneco que mostra como te sentes nesse momento!" (Oliveira, M.F, et al, 2012)

Solicita-se a sua autorização para que o menor possa:

- Participar no estudo "Avaliação da ansiedade antes e após tratamentos dentários em pacientes pediátricos"
- Responder ao teste Venham Picture Test Modificado (VPTM), antes da realização da consulta
- Responder ao teste Venham Picture Test Modificado (VPTM) depois da realização da consulta

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo. Todos os procedimentos irão acrescentar um tempo máximo de 15 minutos à sua consulta, os procedimentos não serão evasivos, não acarretam qualquer nível de risco nem custo económico.



## **Consentimento Informado**

Código| IMP.EM.PE.17\_03

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

*(Riscar o que não interessa)*

**ACEITO**     **NÃO ACEITO** autorizar o menor a participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

---

*(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)*

---

*(O Investigador responsável pelo estudo)*

Comissão de Ética EGAS MONIZ

---



Proc. Interno nº 926

Ex.ma Senhora  
Camila Ferreira Lameira

Monte de Caparica, 28 de janeiro de 2021.

Ex.ma Senhora,

Em resposta ao Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado "**Avaliação da ansiedade dos pacientes pediátricos na consulta de medicina dentária**", foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz

Prof. Doutora Maria Fernanda de Mesquita