

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS NA
CLÍNICA DENTÁRIA EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Rachel Johane Ruth Ohayon
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

julho de 2023

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE DOS PACIENTES PEDIÁTRICOS NA
CLÍNICA DENTÁRIA EGAS MONIZ**

Trabalho submetido por
Rachel Johane Ruth Ohayon
para a obtenção do grau de **Mestre** em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Prof^ª. Doutora Ana Raquel Antunes Garcia Barata

e coorientado por
Prof^ª. Doutora Gunel Kizi

julho de 2023

Agradecimento

À Prof.^a Doutora Ana Raquel Barata, a quem agradeço imensamente pelo seu inestimável apoio, disponibilidade e rigor, que muito contribuíram para a realização deste projecto de investigação.

À Prof.^a Doutora Gunel Kizi, minha coorientadora, expresso meu sincero agradecimento pelo seu empenho, profissionalismo e constante incentivo.

À Clínica Dentária Egas Moniz por me ter permitido realizar o meu trabalho de investigação.

Aos meus pais e a minha família, sem os quais não estaria aqui, por me terem sempre apoiado e encorajado ao longo dos anos.

À minha sobrinha, Selena, por me ter inspirado a fazer esta investigação.

A box 13, M. Querida, por tudo o que me deu.

Camille, Marie, amigas que se tornaram família, obrigado por todos estes anos juntos

Todos os outros, obrigada.

Obrigada Portugal por esta experiência de vida e pela beleza do vosso país.

Resumo:

Objectivo: Estudo transversal e observacional para avaliar os níveis de ansiedade das crianças antes e depois de uma consulta na Clínica Dentária Egas Moniz e identificar fatores de ansiedade.

Materias e Métodos: Estudo realizado durante um período de 5 meses (Janeiro a Maio de 2023) com 63 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 12 anos. As crianças realizaram testes de ansiedade recorrendo à Escala de Imagem Facial e o teste de Frankl no início e no final da consulta. Em seguida, foi preenchida a Children Fear Survey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS) para avaliar os seus factores específicos.

Resultados: Foi observada uma diferença significativa na heteroavaliação da ansiedade entre o início e o fim da consulta para as crianças com experiências negativas anteriores ou na primeira consulta. Não houve diferença significativa na auto-avaliação. As crianças com experiências negativas tinham medo das cadeiras e das fardas da clínica dentária, enquanto as que tinham feito restaurações dentárias tinham medo do sabor dos produtos dentários. Ambas as categorias de crianças tinham medo de ir à clínica dentária. As crianças com patologias crónicas e que fazia medicação frequente apresenta medo da anestesia.

Conclusão: Os níveis de ansiedade das crianças variaram antes e depois das consultas de medicina dentária, particularmente para aquelas que tinham tido uma experiência negativa anterior ou na sua primeira visita. Os fatores externos, como as cadeiras e os uniformes, geraram mais ansiedade nas crianças com experiências negativas anteriores.

Palavras-chave: Ansiedade, Facial Image Scale, Frankl, Children Fear Survey Schedule Dental Subscale, Odontopediatria

Abstrat:

Objective: Cross-sectional and observational study to assess children's anxiety levels before and after an appointment at Dental Clinic Egas Moniz and identify anxiety factors.

Materials and method: Study conducted over a 5-month period (January to May 2023) with 63 children aged between 3 and 12 years. Children underwent anxiety tests such as the Facial Image Scale and Frankl's test at the beginning and end of the consultation. They then completed the Children Fear Survey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS) to assess their specific factors.

Results: A significant difference was observed in the hetero-assessment of anxiety between the beginning and the end of the appointment for children with previous negative experiences or during their first visit. There was no significant difference in self-assessment. Children with negative experiences were afraid of the dental chairs and the dental clinic uniforms, while those who had undergone dental restorations were afraid of the taste of dental products. Both categories of children were afraid of going to the dental clinic. Children with chronic conditions who were on regular medication also expressed fear of anesthesia.

Conclusion: Children's anxiety levels varied before and after dental appointments, particularly for those who had had a previous negative experience or at their first visit. External factors, such as chairs and uniforms, generated more anxiety in children with previous negative experiences.

Keywords: Anxiety, Facial Image Scale, Frankl, Children Fear Survey Schedule Dental Subscale, Pediatric Dentistry

Résumé :

Objectif: Étude transversale et observationnelle visant à évaluer le niveau d'anxiété des enfants avant et après un rendez-vous à la Clinique Dentaire Egas Moniz et identifier les facteurs d'anxiété.

Matériels et méthodes: Étude menée sur une période de 5 mois (janvier à mai 2023) auprès de 63 enfants âgés de 3 à 12 ans. Les enfants ont passé des tests d'anxiété tels que le test de Facial Image Scale et le test de Frankl au début et à la fin de la consultation. Ils ont ensuite rempli le Children Fear Survey Schedule Dental Subscale permettant d'évaluer les facteurs spécifiques.

Résultats : Une différence significative a été observée dans l'hétéro-évaluation de l'anxiété entre le début et la fin de la consultation pour les enfants ayant déjà eu des expériences négatives ou lors de leur première consultation. Il n'y avait pas de différence significative dans l'auto-évaluation. Les enfants ayant eu des expériences négatives craignaient les fauteuils et les uniformes de la clinique dentaire, tandis que ceux qui ont eu des restaurations dentaires étaient anxieux face à l'idée du goût des produits. Les deux catégories d'enfants craignaient d'aller à la clinique dentaire. Les enfants prenant fréquemment des médicaments craignent l'anesthésie.

Conclusion: Les niveaux d'anxiété des enfants varient avant et après les rendez-vous chez le dentiste pour ceux ayant déjà eu une expérience négative ou lors de leur première visite. Les facteurs externes, tels que les chaises et les uniformes, ont généré plus d'anxiété chez les enfants ayant déjà eu une expérience négative.

Mot-clefs: Anxiété, Facial Image Scale, Frankl, Children Fear Survey Schedule Dental Subscale, Odontopédiatrie

ÍNDICE GERAL

I. INTRODUÇÃO.....	19
A. DEFINIÇÕES	20
1. O medo	20
2. A Ansiedade.....	20
3. A Fobia	21
B. ETIOLOGIA	22
1. Fatores internos.....	22
a) A idade	22
b) A personalidade	24
2. Os fatores externos.....	25
a) O ambiente.....	25
b) Os fatores socioeconómicos e culturais	26
c) O medo do cuidado	26
C. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	27
D. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO ASSOCIADOS À CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA.....	Erreur ! Signet non défini.
1. Avaliação fisiológica.....	28
2. Autoavaliação.....	29
a) O teste de Facial Image Scale (FIS).....	29
b) O teste de Children Fear Survey Schedule Dental Subscale	30
3. A Heteroavaliação.....	32
a) O teste de Frankl's Behavior Rating Scale (Teste de Frankl)	32
II. OS OBJECTIVOS	35
III. HIPÓTESES DE ESTUDO	37
IV. MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
A. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	39
1. Considerações éticas do estudo.....	39
2. Localização do estudo.....	39
3. Duração do estudo	39
4. Amostra	40
a) Os Critérios de inclusão	40
b) Os Critérios de exclusão	40
V. RESULTADOS.....	41
A. ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	41
1. A idade	41
2. O Género	42
3. Medicação	42
4. Primeira Consulta de Medicina Dentária	43
5. Primeira consulta de Medicina Dentária na Clínica Dentária Egas Moniz.....	43

6.	O motivo da consulta	44
7.	Tratamentos anteriores.....	45
8.	Experiência negativa.....	46
B.	TESTE FACIAL IMAGE SCALE	47
1.	No início da consulta	47
2.	No fim da consulta	47
C.	TESTE DE FRANKL	48
1.	Teste de Frankl no início da consulta.....	48
2.	Teste de Frankl no fim da consulta	48
D.	TESTE CHILDREN FEAR SURVEY SCHEDULE DENTAL SUBSCALE (CFSS-DS) 49	
1.	CFSS-DS 1: Ter o dentista a colocar um instrumento na sua boca.....	49
2.	CFSS-DS 2: “Tratar uma cárie”.....	50
3.	CFSS-DS 3: “Extrair/Exodontia (tirar) um dente”	50
4.	CFSS-DS 4: “Quando o Médico dentista realiza um destartarização”.....	51
5.	CFSS-DS 5: “As anestésias”	52
6.	CFSS-DS 6: “Os ruídos dos instrumentos”.....	53
7.	CFSS-DS 7: “Os odores (cheiro) da clínica”	53
8.	CFSS-DS 8: “O sabor dos produtos”	54
9.	CFSS-DS 9: “O dentista avalia a boca”	55
10.	CFSS-DS 10: “Ter a boca aberta”	55
11.	CFSS-DS 11: “A cadeira do dentista”	56
12.	CFSS-DS 12: “Os professores da clínica”	57
13.	CFSS-DS 13: “As fardas dos médicos dentistas”	57
14.	CFSS-DS 14: “Ter uma pessoa desconhecida a tocar-lhe”	58
15.	CFSS-DS 15: “Ir para clínica dentária”	59
VI.	DISCUSSÃO.....	61
1.	Limitações do estudo	66
VII.	CONCLUSÃO.....	67
VIII.	BIBLIOGRAFIA	69
	ANEXO:.....	
A.	O questionário:	
B.	O consentimento informado	
C.	Apreciação da Comissão de Ética	

ÍNDICE DE TABELA

Tabela 1: Teste de Frankl Behavior Scale (Adaptado por Shinohara et al., 2005).....	33
Tabela 2: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo da idade.....	41
Tabela 3: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo do género	42
Tabela 4: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo do género	42
Tabela 5: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo de se é a primeira consulta de Medicina Dentária.	43
Tabela 6: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo se é a primeira consulta na Clínica Dentária Egas Moniz	43
Tabela 7: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo o motivo da consulta	44
Tabela 8: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo os tratamentos anteriores	45
Tabela 9: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo os diferentes motivos da consulta	45
Tabela 10: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo se o paciente já teve uma experiência negativa.....	46
Tabela 11: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 1	49
Tabela 12: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 2	50
Tabela 13: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 3	51
Tabela 14: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 4	51
Tabela 15: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 5	52
Tabela 16: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 6	53

Tabela 17: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 7	53
Tabela 18: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 8	54
Tabela 19: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 9	55
Tabela 20: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 10	55
Tabela 21: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 11	56
Tabela 22: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 12	57
Tabela 23: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 13	57
Tabela 24: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 14	58
Tabela 25: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 15	59

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Teste de Facial Image Scale (Adaptado de De Menezes Abreu et al., 2011) .	30
Figura 2 : Trecho do CFSS-DS realizado na clínica dentária Egas Moniz. (Adaptado por Khanduri et al., 2019).....	31
Figura 3: Imagem do teste de Facial Image Scale a mais escolhida pela amostra no início da consulta.	47
Figura 4: Imagem do teste de Facial Image Scale a mais escolhida pela amostra no fim da consulta.	47
Figura 5: Opção do teste de Frankl a mais escolhida pela amostra no início da consulta.	48
Figura 6: Opção do teste de Frankl a mais escolhida pela amostra no fim da consulta.	48

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Dental fear and behavior management problems, (Adaptado por: KLINGBERG G, RAADAL M, ARNRUP K. 2007).....	24
<u>Gráfico 2: Distribuição percentual da amostra, em função da faixa etária.....</u>	42
<u>Gráfico 3: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo o motivo da consulta</u>	44
<u>Gráfico 4: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo se o paciente já teve uma experiência negativa.....</u>	46

LISTA DE ABREVIATURAS

CFSS-DS: Children Fear Survey Schedule Subscale

CFSS-DS1: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 1

CFSS-DS2: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 2

CFSS-DS3: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 3

CFSS-DS4: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 4

CFSS-DS5: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 5

CFSS-DS6: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 6

CFSS-DS7: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 7

CFSS-DS8: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 8

CFSS-DS9: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 9

CFSS-DS10: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 10

CFSS-DS11: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 11

CFSS-DS12: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 12

CFSS-DS13: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 13

CFSS-DS14: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 14

CFSS-DS15: Children Fear Survey Schedule Subscale pergunta 15

FIS: Facial Image Scale

Teste de Frankl: Teste de Frankl's Behavior Rating Scale

I. INTRODUÇÃO

A ansiedade dentária pode ser definida como um sentimento de apreensão relativamente o tratamento dentário, mesmo na ausência de um estímulo específico; enquanto o medo dentário é uma reação emocional normal a um ou mais estímulos ameaçadores específicos na situação dentária (Leal et al., 2009a). Um estudo realizado em 2008 estimou que 9% da população mundial sofre de medo ou ansiedade dentária, embora haja uma diminuição da prevalência à medida que a idade dos pacientes aumenta. Note-se que a etiologia da ansiedade dentária pode ser multifatorial, e fortemente associada a um histórico de dor dentária em adulto se crianças (Klingberg et al., Broberg, 2008). O medo e a ansiedade são reações comuns a condições que podem causar stress, muitas vezes de etiologia desconhecidas. As crianças quando confrontadas com estas duas emoções ficam alerta pois para elas podem ser sinais de uma ameaça iminente. Em medicina dentária é de extrema importância que se valorize estas emoções uma vez que são frequentemente sentidas por crianças na consulta (Al-Namankany et al., 2012). As crianças muito receosas ou ansiosas geralmente veem as consultas e tratamentos dentários de uma forma mais negativa (Porritt et al., 2016). Podem apresentar várias emoções antes, durante e depois do tratamento dentário que pode ser suave e temporário ou grave e afetar um indivíduo muito antes da consulta marcada (Bagherian & Sheikhfathollahi, 2016). Tem sido sugerido que tal ansiedade leva a um círculo vicioso em que o medo de dor durante o tratamento dentário leva a comportamentos receosos o que ajuda a perpetuar o medo e a ansiedade do tratamento dentário (Yon et al., 2020).

A ansiedade desencadeia respostas fisiológicas, cognitivas e comportamentais. Estas manifestações interagem entre si e são apreendidas. A possível ansiedade pode ser detetada assim que a criança entra em consulta e através da observação do comportamento da criança na sala de espera. A criança é hiper-vigilante ao observar o seu ambiente, interpretando todos os gestos e palavras das pessoas à sua volta. A criança reage ao que percebe como uma ameaça com fuga, inibição ou comportamento agressivo. As manifestações de ansiedade diferem de acordo com a idade da criança. Assim, uma criança jovem externaliza a sua ansiedade gritando, chorando, gemendo, com gestos

(escondendo a boca, evitando, fugindo), e manifestações orgânicas (tosse, dispneia, náuseas e vômitos, desejo de ir à casa de banho). Nas crianças mais velhas, a ansiedade pode manifestar-se de uma forma mais discreta e pode ser detetada pela postura e atitude da criança. Podem ter tendência a apertar as mãos e serem bastante tímidas ou preocupadas, ou mesmo por vezes impacientes, provocadoras ou completamente agressivas (Alasmari et al., 2018).

A. DEFINIÇÕES

1. O medo

O medo é uma emoção humana normal e intuitiva. Podemos considerá-lo como um sinal de aviso porque nos permite, desde o início do tempo, evitar situações perigosas e assim facilitar a nossa sobrevivência. Ocorre como uma reação a um estímulo externo ameaçador e permite-nos lidar com ele de forma apropriada. A sua intensidade varia de acordo com o perigo. Uma vez passado o estímulo, este desaparece. No entanto, este sistema pode ser mais ou menos bem regulado e alguns indivíduos, que são muito sensíveis, podem mostrar reações de medo desproporcionadas a uma situação que consideram ameaçadora. O medo torna-se então patológico. Podemos notar que inclui reações cognitivas, fisiológicas (taquicardia, sudorese, hipertensão, etc.) (Baptista et al., 2014) e comportamentais, tais como evitar cuidados dentários, neste caso. Alguns medos são considerados "normais" dependendo da idade da criança e do seu estágio de desenvolvimento (Avşar & Mobarakî, 2020).

2. A Ansiedade

A ansiedade é um sentimento de medo antecipado que é acompanhado por um estado de mal-estar e agitação. Surge da apreensão e incerteza face a um perigo que pode ser imaginário ou real. Este receio muitas vezes não tem uma razão precisa e é exagerado. É um sentimento de alerta psíquico e de mobilização somática face a uma ameaça ou perigo indeterminado. É acompanhado de sintomas neurovegetativos (espasmos, sudação,

dispneia, ritmo cardíaco acelerado, tonturas, etc.) (Castillo et al., 2000). Deve ser considerado como uma perturbação comportamental importante nas crianças. O indivíduo tem um sentimento de perda de controlo e antecipa o que lhe vai acontecer, de uma forma negativa. Além disso, é importante notar que o facto de antecipar fortemente a dor leva a uma diminuição do limiar de perceção da dor. Ansiedade e dor estão, portanto, fortemente ligadas e potenciam-se mutuamente (Stein Duker et al., 2022).

3. A Fobia

A fobia caracteriza-se por um medo intenso, muitas vezes incontrolável, que leva um indivíduo evitar os objetos ou situações que causam o stress. O sofrimento é extremo quando o sujeito é confrontado com o fator que lhe causa a fobia.

Phobos, é o nome do deus grego, que significa encarnação do medo com o pânico, que significa "terror" ou "pavor" (Centre National de Ressources Textuelle e Lexicale, 2012). Combina um medo intenso, duradouro, incontrolável e irracional de uma situação, objeto ou outro, com fortes reações de evasão e fuga. Quando confrontado com o elemento causador de fobia o indivíduo pode descompensar com um ataque de pânico. O paciente permanece incapaz de controlar os seus sentimentos de pânico mesmo com o conhecimento de que a situação é absurda (Berthet, 2007). A Associação Psiquiátrica Americana publicou em 1994 o Manual de Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-IV) explicando que os critérios para o diagnóstico de uma fobia específica, como a fobia dentária, são:

- Um medo marcado e persistente que é excessivo e irracional,
- A exposição aos estímulos fóbicos quase invariavelmente provoca uma resposta de ansiedade imediata,
 - A pessoa reconhece o medo como excessivo (mas este critério pode estar ausente nas crianças);
 - A situação fóbica é evitada ou suportada com intensa ansiedade ou angústia

A fobia do médico dentista é uma fobia específica chamada estomatofobia: estoma [boca] e fobia [fobia] (Bresson, 2021)

B. ETIOLOGIA

A ansiedade do paciente é um dos problemas mais importantes no processo de uma consulta. A prevalência da ansiedade dentária tem sido um tema bem estudado durante vários anos. Esta ansiedade afeta uma média de 9% das crianças sem qualquer patologia (Klingberg & Broberg, 2007).

O sentimento de ansiedade de um indivíduo é multifatorial (Leal et al., 2009a):

1. Fatores internos

a) A idade

À medida que as crianças crescem, elas passam por diferentes etapas durante as quais desenvolvem novas competências. O medo do dentista é mais comum em crianças pequenas devido ao seu desenvolvimento psicológico e à sua capacidade de cooperar com o tratamento (Viswanath & Kumar R, 2014). As crianças pequenas podem ficar ansiosas em qualquer novo ambiente, incluindo o consultório do dentista, devido ao ruído e aos instrumentos. Recomenda-se que a criança seja familiarizada com este ambiente o mais cedo possível (Department of Scientific Information, Evidence Synthesis & Translation Research, ADA Science & Research Institute, LLC., 2017). Antes dos 4 anos de idade, as crianças têm dificuldade em distinguir entre perigo imaginário e real e não gostam de estar sozinhas. A presença de um adulto de referência na sala de atendimento é, portanto, preferível (Tseveenjav et al., 2017).

À medida que a criança cresce, desenvolve competências cognitivas que lhe permitem gerir melhor o medo. Os adolescentes são muito sensíveis às críticas e querem ser tratados como adultos quando estão no dentista.

De 0 até 2 anos:

A criança é totalmente dependente dos seus pais e a sua presença é necessária, a

criança é mais frequentemente tratada numa posição particular chamada "joelhos/joelhos" onde o pai e o médico se sentam frente a frente e a criança sentada no colo do pai ou da mãe (American Academy Of Pediatric Dentistry, 2019).

De 2 até 4 anos:

A criança encontra-se frequentemente na fase de oposição, mas ainda precisa da presença dos pais ao seu lado para se sentir segura, a comunicação verbal pode começar a ser estabelecida (Gupta et al., 2014).

De 4 até 6 anos:

O tempo de concentração da criança aumenta, 10 a 15 minutos, e o médico, sempre na presença dos pais, pode explicar o que é ou não permitido em consulta dentária, e especificar alguns limites. Os pais estão presentes, mas à distância da criança. (Jamali et al., 2018)

Após 6 anos:

A criança ganha autonomia, tratando-a "como um adulto" pode ser fortalecedora, é muitas vezes mais fácil para o profissional estabelecer uma relação de confiança com a criança sozinha (Elsevier, 2022).

Segundo o seu estágio de desenvolvimento sócio emocional, as crianças podem ser mais ou menos capazes de aceitar tratamentos dentários e perceber a sua importância (Dahlander et al., 2019). No entanto, o medo e os problemas de comportamento dentário tendem a diminuir com a idade, especialmente com a familiaridade com o local e os procedimentos dentários (Ray et al., 2010).

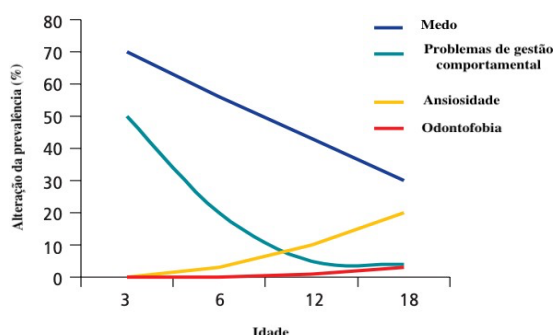


Gráfico 1: Dental fear and behavior management problems, (Adaptado por: KLINGBERG G, RAADAL M, ARNRUP K. 2007)

b) A personalidade

Segundo o dicionário francês de referência a personalidade defini-se como a individualidade psicológica da pessoa tal como se manifesta no seu comportamento (Larousse, 2023).

Embora cada criança tenha uma atitude particular para com o dentista, alguns comportamentos semelhantes podem ser observados. Assim, os autores tentaram categorizar estes comportamentos de acordo com a personalidade da criança:

- As crianças com um temperamento forte e natureza meritória não costumam apresentar dificuldades para o praticante. Têm uma forte vontade e são capazes de fazer esforços significativos durante os cuidados para controlar o seu comportamento (Kohli et al., 2022).
- As crianças agitadas procuram dirigir os cuidados, apesar dos seus níveis de ansiedade. Estão habituadas a tomar decisões e também querem “dirigir” a consulta (Gustafsson, 2010).

As crianças agressivas e perturbadas resistem aos cuidados com comportamento e linguagem agressivos (Correa et al., 2021). Podem fazer gestos de recusa, ficar agitadas e até morder o médico dentista. Estes comportamentos são frequentemente o resultado de problemas emocionais que levam a criança a confrontar-se com o seu ambiente.

As crianças medrosas colam-se aos pais, escondem a cabeça, olham para os seus pés, sendo por isso importante tranquilizá-los e domá-los para que possam cuidar deles. As crianças tímidas são muito semelhantes às crianças medrosas: elas escondem-se e comunicam muito pouco. No entanto, uma vez que ganham confiança, são muito cooperantes (Jain et al., 2019).

Numa consulta dentária com uma criança é importante considerar a relação com o ambiente (especialmente a família), e a disposição pessoal da criança (aspectos de sua própria personalidade), já que algumas crianças são mais suscetíveis ao stress do que outras. Isto é particularmente verdade para as crianças com baixa autoestima. Finalmente, é necessário ter em conta as capacidades cognitivas e sociais da criança relacionadas com

aidade (perspetiva de desenvolvimento). Mas para além destas características situacionais e de disposição, é também necessário considerar as várias perceções e reacções reais que uma criança experimenta quando confrontada com uma situação específica (Nancy et al., 2009).

No entanto, quando confrontada com uma situação considerada stressante, a criança não costuma permanecer passiva (Jamali et al., 2018). O "Coping" ou "estratégia de ajustamento" refere-se ao conjunto de processos implementados por um indivíduo para lidar com a situação (Koch & Jones, 2018). Estes processos permitem reduzir, tolerar ou controlar o impacto da situação sobre o bem-estar físico e psicológico da criança. Quando uma criança é confrontada com uma situação que considera ser stressante, utiliza diferentes tipos de estratégias. Estas podem ser cognitivas (tentar pensar noutra coisa), emocionais (começar a chorar), somáticas (perder o apetite), comportamentais (recusar-se a abrir a boca), mas também relacionais (chamar os pais) (Nancy et al., 2009).

2. Os fatores externos

a) O ambiente

O comportamento das crianças está intimamente ligado à relação dos seus pais com as consultas dentárias, uma vez que estes comunicarão a sua perceção sem terem consciência disso. É assim reconhecido que os pais, e especialmente as mães, desempenham um papel determinante no desenvolvimento emocional e comportamental da criança (Freeman, 2007).

Uma atitude negativa da família em relação aos cuidados dentários é uma das causas frequentes do desenvolvimento da odontofobia. (Barreto et al., 2017). Esta é tão generalizada que é a segunda razão mais comum para não procurar cuidados, após a barreira financeira. De facto, 25% dos pacientes não consultam o seu médico dentista por esta razão (Chaupain-Guillot et al., 2014).

De acordo com um estudo realizado por o Chaupain-Guillot em 2014, as crianças de famílias refugiadas encontram-se numa situação vulnerável porque as crianças e os seus pais geralmente carregam memórias traumáticas e muitas delas têm perturbações pós-traumáticas.

b) Os fatores socioeconómicos e culturais

De acordo com um estudo realizado por Lin et al. em 2014 em Taiwan, as pessoas com baixos rendimentos e níveis de educação relativamente baixos têm atitudes mais negativas em relação aos cuidados dentários. De facto, o número de pessoas que não procuram cuidados é duas vezes mais elevado nas classes sociais mais baixas.

Ao examinar as diferentes pesquisas realizadas, observa-se que a barreira financeira ("não tinha dinheiro, era demasiado cara") é a razão mais comumente apontada pelos estudos para a falta de comparecimento às consultas. O fato de crianças de meios desfavorecidos evitarem os cuidados dentários leva a um alto impacto das doenças dentárias nelas, tornando-se difícil realizar os muitos tratamentos necessários (Chaupain-Guillot et al., 2014).

Também foi relatado que os grupos socioeconómicos mais baixos têm uma maior prevalência de ansiedade dentária e de problemas de gestão comportamental. (American Academy Of Pediatric Dentistry, 2019). As crianças de meios desfavorecidos requerem frequentemente mais cuidados com a dentição temporária e os seus níveis de ansiedade são frequentemente elevado (Klingberg& broberg, 2007).

c) O medo do cuidado

Uma clínica dentária é um ambiente completamente novo para o paciente, que pode provocar ansiedade uma vez que o medo do desconhecido é onnipresente (Oliveira, 2014). A consulta dentária está associada a representações construídas a partir de experiências anteriores ou fantasias transmitidas por família e amigos (Marques et al., 2010).

Além disso, o ambiente desconhecido da medicina dentária pode ser visto como agressivo e perturbador para os sentidos de uma criança: o ruído da turbina e do destartarizador, os odores próprios de um ambiente médico, visão tanto pela luz agressiva

durante a observação oral como pelos diferentes instrumentos que podem ser preocupantes para uma criança, paladar (sangue, produtos anestésicos, etc.) (Masson, 2014). O ambiente do consultório inclui vibrações, ar, água, pressão com os movimentos na cadeira que podem divertir a criança e permitir-lhe relaxar recordando-lhe o carrossel ou podem preocupar a criança e perturbar o seu equilíbrio e aumentar a sua sensação de perda de controlo (Ahad, 2020).

Um dos principais fatores que pode causar ansiedade nas crianças é o medo da dor. (Gomes, Raso, et al., 2022). A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor como «Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a, ou semelhante à associada a danos reais ou potenciais dos tecidos», e afirma que «a dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada em vários graus por fatores biológicos, psicológicos e sociais» (Loeser, 2011).

É importante compreender que a sensação de dor não é necessariamente proporcional à lesão do tecido; também pode ser gerada por estímulos condicionados, tais como o som da broca ou um toque suave da agulha durante a anestesia. Tendo em conta que estímulos dolorosos normalmente levam a reações fisiológicas e psicológicas para proteger o corpo contra lesões dos tecidos, pode ocorrer um comportamento não cooperante (Shim et al., 2015).

Na presença de uma lesão dos tecidos, o comportamento não cooperante é uma resposta lógica e apropriada quando uma criança sente dor ou desconforto. Infelizmente, as experiências dolorosas não são incomuns nos cuidados dentários das crianças, como foi demonstrado num estudo realizado em Seattle onde muitas crianças se submetem, por exemplo, a um tratamento restaurador sem anestesia local (Milgrom et al., 1994).

C. MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Ameli, o Seguro de Saúde francês descreve em 2022 vários distúrbios físicos que podem ocorrer durante um ataque de ansiedade, tais como distúrbios digestivos (colopatia funcional, náuseas, hiperfagia bulímica ou perda de apetite, incapacidade de comer), dores musculares, micção frequente, insónia, sonolência, fadiga, dores de cabeça, tontura (Assurance Maladie, 2022).

Quando são confrontadas com uma situação stressante, as crianças tendem a usar a linguagem corporal para expressar os seus sentimentos (Bucur et al., 2022).

As reacções psicossomáticas num indivíduo que enfrenta uma situação stressante podem ser facilmente identificadas pela observação de sintomas tais como mãos pegajosas, agitação severa, sudação visível, aumento do ritmo cardíaco e da respiração, resposta exagerada à surpresa ou micção frequente. Estes sinais podem ser facilmente diagnosticados pela equipa de saúde no momento da consulta (Lussi & Schaffner, 2004). Também é possível identificar várias respostas comportamentais e fisicamente perceptíveis, tais como a hiperatividade. A criança fala rapidamente ou até gagueja, anda mais depressa, por exemplo, quando vai da sala de espera para a sala de consultas, a criança é irritável, cora, parece nervosa, tem um olhar evasivo e pode ter um discurso confuso (Appukuttan, 2016).

Perante um sentimento de medo ou ansiedade, uma pessoa adota um comportamento descrito como "emocional" que ocorre em três fases distintas:

- Primeira, uma reação imediata e breve correspondente à emoção sentida (tanto psicológica como física);
- Segunda, uma resposta secundária de duração variável e menor intensidade;
- Terceira, se a emoção persistir, isto pode levar a sentimentos que não são manifestados por uma reação imediata, mas sim por uma avaliação da situação (Delay & Pichot, 1990).

D. MÉTODOS DE AVALIAÇÃO ASSOCIADOS À CONSULTA DE MEDICINA DENTÁRIA

1. Avaliação fisiológica

Segundo um estudo realizado, podemos afirmar que é possível medir os níveis de ansiedade através de marcadores fisiológicos de stress, uma vez que estão diretamente relacionados com a ansiedade (Fayad et al., 2017). Por exemplo, medir a frequência cardíaca, a atividade muscular, a atividade do sistema nervoso, o suor palmar ou medir os níveis de cortisol plasmático são marcadores mensuráveis de ansiedade (Yon et al., 2020b).

Foi também demonstrado que a proteína cromogranina A (CgA) encontrada na

saliva pode ser apropriada para monitorizar os níveis de stress das crianças durante o tratamento dentário e antes da consulta dentária (Mitsuhata et al., 2012).

Este método de mediação da ansiedade tem vantagens na medida em que permite obter resultados objetivos, sem necessidade de qualquer resposta da criança ou do acompanhante. Assim, pode ser facilmente aplicado durante uma consulta (Yon et al., 2020b).

2. Autoavaliação

Os métodos de autoavaliação da ansiedade dentária baseiam-se no sentimento da criança em relação às diferentes etapas da consulta (Porritt et al., 2012).

A criança expressa o seu próprio nível de ansiedade, o que requer cooperação e compreensão da situação (Mobin et al., 2023).

Os métodos de avaliação mais frequentemente utilizados para medir o medo e ansiedade dentária em crianças são métodos de autoavaliação (Cianetti et al., 2017). As crianças respondem a perguntas ou instruções para fornecer informações sobre os seus próprios níveis de ansiedade sem envolverem outros fatores, tais como os seus pais (Yon et al., 2020b).

O método mais simples é fazer diretamente uma única pergunta sobre o seu nível de ansiedade "Como se sente?". Outro método é utilizar uma escala analógica visual para determinar a intensidade da sua ansiedade. Atualmente, outros métodos, tais como questionários, escalas pictóricas ou a avaliação de desenhos infantis, também têm sido utilizados para medir a ansiedade dentária na investigação (Yon et al., 2020b).

a) O teste de Facial Image Scale (FIS)

A escala inclui 5 faces que vão desde muito medo até muito felizes. Pergunta-se simplesmente à criança qual o rosto que mais a representa neste momento e pede-se à criança que aponte para o rosto em questão. A escala é graduada de 1 a 5, sendo 1 o mais feliz e 5 o mais ansioso (McDonald et al., 2004).

Uma das principais vantagens desta escala é que pode ser utilizada com crianças muito jovens, uma vez que não requer competências de leitura ou assistência de leitura

do profissional no caso de a criança não saber ler (Faazila & Ganesh, 2018).

O Facial Image Scale foi desenvolvido para ter em conta as capacidades cognitivas e linguísticas limitadas das crianças jovens (Corah, 1969), ou seja, o teste de Facial Image Scale (FIS) é uma ferramenta o simples e de fácil utilização que pode ajudar os profissionais de odontologia a avaliar de forma rápida e eficaz o nível de ansiedade de uma criança. Tem-se demonstrado que é uma medida confiável e válida de ansiedade dentária em crianças, podendo ser utilizada em contextos clínicos e de pesquisa para avaliar a eficácia de intervenções destinadas a reduzir a ansiedade dentária (Elbek Çubukçu & Çelik, 2023).

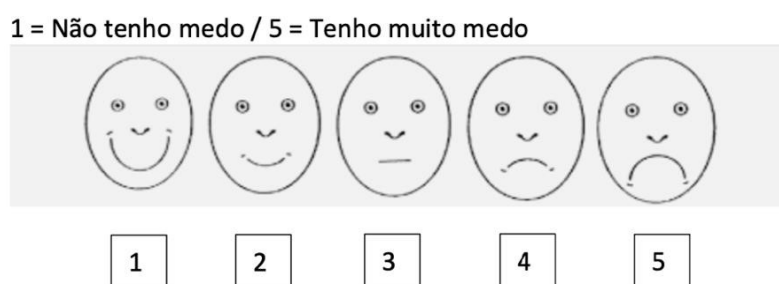


Figura 1: Teste de Facial Image Scale (Adaptado de De Menezes Abreu et al., 2011)

b) O teste de Children Fear Survey Schedule Dental Subscale

O Children's Fear Survey Schedule-Dental (CFSS-DS-DS) é considerado a escala mais amplamente utilizada para avaliar o medo dentário em crianças (El-Housseiny et al., 2016). Este é um questionário psicométrico desenvolvido por Cuthbert e Melamed usado para avaliar o medo dentário em crianças usando quinze perguntas cada uma com cinco respostas possíveis de acordo com a escala de Lickert, de 1 (nenhum medo) a 5 (muito medo). Este questionário consiste geralmente em perguntas situacionais tais como "tem medo quando o dentista lhe põe um instrumento na boca" e só tem em conta a ansiedade experimentada (Beena JP., 2013).

Embora esta escala psicométrica seja amplamente utilizada e considerada uma referência para medir o medo dentário em crianças, ainda representa um desafio para os pesquisadores. A incapacidade das crianças pequenas de preencherem este questionário

por si mesmas e as dificuldades de compreensão do conteúdo do questionário são obstáculos enfrentados por esta escala (El-Housseiny et al., 2016). Portanto, como parte da adaptação do questionário na clínica dentária Egas Moniz, implementamos a ajuda de leitura por parte do examinador caso a criança tenha dificuldade de compreensão. Além disso, incluímos símbolos ao lado das opções de respostas para visualizar as emoções e tornar o questionário mais lúdico.

É possível utilizá-lo para distinguir pacientes com medo dentário elevado e baixo. (Alvesalo et al., 1993).

- 4) Quando o médico dentista realiza destarização: ☐ Nunca tive este tratamento
- a. Nenhum medo 😊
 - b. Um pouquinho de medo 😐
 - c. Um pouco de medo 😓
 - d. Medo 😞
 - e. Muito medo 😱
- 5) As anestésias: ☐ Nunca tive este tratamento
- a. Nenhum medo 😊
 - b. Um pouquinho de medo 😐
 - c. Um pouco de medo 😓
 - d. Medo 😞
 - e. Muito medo 😱
- 6) Os ruídos dos instrumentos:
- a. Nenhum medo 😊
 - b. Um pouquinho de medo 😐
 - c. Um pouco de medo 😓
 - d. Medo 😞
 - e. Muito medo 😱
- 7) Os odores (cheiro) da clínica:
- a. Nenhum medo 😊
 - b. Um pouquinho de medo 😐
 - c. Um pouco de medo 😓
 - d. Medo 😞
 - e. Muito medo 😱

Figura 2 : Trecho do CFSS-DS realizado na clínica dentária Egas Moniz. (Adaptado por Khanduri et al., 2019)

3. A Heteroavaliação

Este método avalia a ansiedade dentária com base no comportamento ou expressões faciais, geralmente utilizando uma escala descritiva. A criança não é obrigada a responder a perguntas específicas sobre o seu medo de cuidados dentários e o observador pode ser alguém não relacionado com o tratamento ou com o dentista (Yon et al., 2020b).

a) O teste de Frankl's Behavior Rating Scale (Teste de Frankl)

Frankl et al. classificaram o comportamento da criança em quatro grupos de acordo com a atitude e cooperação, ou falta de cooperação, durante o tratamento dentário. Essa classificação é conhecida como escala de classificação de comportamento de Frankl (Sharma & Tyagi, 2011).

É um dos instrumentos mais fiáveis para avaliar o comportamento das crianças num ambiente dentário e tem demonstrado ser 100% fiável. Neste teste, o médico avalia a ansiedade da criança tendo quatro resultados possíveis, variando de 1 a 4:

- Definitivamente negativo significa que a criança recusa totalmente o tratamento e não o permite,
- Negativo, nesta situação a criança mostra um comportamento negativo, mas permite-o,
- Positivo, neste caso a criança parece interessada e permite-se ser tratada eem
- Definitivamente positivo, a criança está interessada e curiosa, faz perguntas e permite-se ser tratada completamente (Alsaadoon et al., 2022).

Avaliação	Atitude	Definição
-----------	---------	-----------

1	Definitivamente negativo	Recusa do tratamento, choro forçado, manifesta medo ou qualquer outra evidência de negativismo extremo.
2	Negativo	Reticente em aceitar o tratamento; não cooperante, demonstra alguma evidência de atitude negativa, mas esta não é pronunciada (ex : gemidos)
3	Positivo	Aceita o tratamento; por vezes curioso e disposto a obedecer ao médico dentista; às vezes demonstra reserva, mas segue as instruções do médico dentista.
4	Definitivamente positivo	Bom relacionamento com o médico dentista; interessado nos procedimentos dentários, rindo e disfrutando da situação.

Tabela 1: Teste de Frankl Behavior Scale (Adaptado por Shinohara et al., 2005)

II. OBJETIVOS

Desta forma, de entre os principais objetivos da presente investigação, destacam-se:

- Avaliar a ansiedade da criança no início e no final da consulta para ver se há uma mudança no nível de ansiedade da criança durante a consulta;
- Avaliar quais fatores podem criar ansiedade na criança.

III. HIPÓTESES DE ESTUDO

- Hipótese nula: Não se verificou uma alteração do nível de ansiedade entre o início e o fim da consulta. Nenhum fator pode causar mais ou menos ansiedade na criança;
- Hipótese alternativa: Verificou-se uma alteração do nível da ansiedade entre o início eo fim da consulta. Existe um ou mais fatores que podem desencadear mais ou menos ansiedade na criança.

IV. MATERIAIS E MÉTODOS

A. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional e longitudinal, com uma amostra de conveniência constituída pelas crianças dos 3 aos 12 anos que frequentaram a consulta de Odontopediatria na Clínica Dentária Egas Moniz.

1. 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.

De modo a realizar o presente estudo, foram solicitadas as autorizações prévias de participação no projeto dos progenitores ou responsáveis legais da criança que frequentaram a consulta de Odontopediatria, na Clínica Dentária Egas Moniz, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para menores e para adultos, sendo esta participação voluntária, anónimo 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.

2. Localização do estudo

Este estudo foi realizado na Departamento de Odontopediatria na Clínica Dentária Egas Moniz.

3. Duração do estudo

A investigação foi executada no período de janeiro até abril de 2023.

4. Amostra

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

a) Os Critérios de inclusão

- Indivíduos com idades entre os 3 e 12 anos, de ambos os gêneros;
- Indivíduos que frequentam a Clínica Dentária Egas Moniz;
- Consentimento Informado, livre e esclarecido devidamente assinado pelo progenitor ou tutor legal.

b) Os Critérios de exclusão

- Indivíduos que o progenitor ou tutor legal não assinem o consentimento informado, livre e esclarecido;
- Indivíduos que não cumpram os critérios de inclusão

V. RESULTADOS

A. ANÁLISE DESCRITIVA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. A idade

Foram avaliadas 63 crianças com idades compreendidas entre 3 e 12 anos. Neste estudo as crianças foram divididas em duas faixas etárias: dos 3 aos 7 anos com 21 crianças e outra dos 8 aos 12 anos com 42 crianças.

A idade média foi de 8,27 anos. A idade mínima é de 4 anos e a máxima de 12 anos. A amplitude interquartil é de 3anos neste estudo.

Idade	Frequência
8	16 (25%)
6	9 (14%)
9	8 (13%)
11	7 (11%)
10	6 (10%)
7	6 (10%)
12	5 (8%)
5	4 (6%)
4	2 (3%)
Total geral	63 (100%)

Tabela 2: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo da idade.

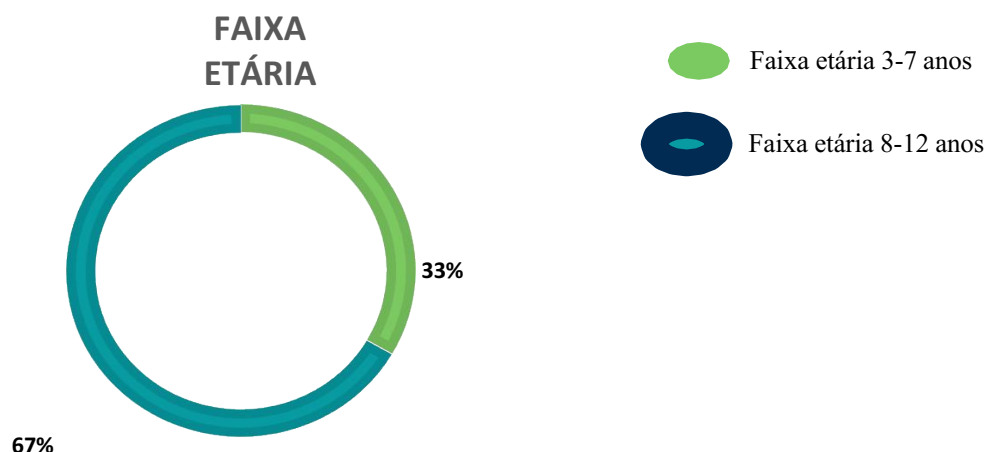


Gráfico 2: Distribuição percentual da amostra, em função da faixa etária.

2. O Género

Do total da amostra 63 pacientes pertenciam ao género masculino (44,4%) e 35 ao género feminino (55,6%).

Número de participantes	Feminino	Masculino
63 (100%)	35 (55,6%)	28 (44,4%)

Tabela 3: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo do género

3. Medicação

Medicação	Total
Não	47 (74,6%)
Sim	16 (25,4%)
Total Geral	63 (100%)

Tabela 4: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo do género

Dentro das 63 crianças, 16 tomam algum tipo de medicação. Foram citados alguns fármacos como Aerius, Risperidona, Atarax, Zirtex, Esomeprazol, Ventilan.

4. Primeira Consulta de Medicina Dentária

Primeira consulta de Medicina Dentária	Total
Não é a primeira vez	59 (94%)
É a primeira vez	4 (6%)
Total Geral	63 (100%)

Tabela 5: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo de se é a primeira consulta de Medicina Dentária.

Podemos observar que 94% das crianças já fizeram a sua primeira consulta de medicina dentária.

5. Primeira consulta de Medicina Dentária na Clínica Dentária Egas Moniz

Primeira Consulta de Medicina Dentária na Clínica Egas Moniz	Total
Não é a primeira	41 (65,1%)
É a primeira	22 (34,9%)
Total Geral	63 (100%)

Tabela 6: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo se é a primeira consulta na Clínica Dentária Egas Moniz

Neste estudo mais de metade da amostra não foi a sua primeira consulta de medicina dentária na clínica Egas Moniz.

6. O motivo da consulta

Os amostras foram divididas segundo o motivo da consulta:

Motivo	Frequência
Continuação de Tratamento	27 (42,9%)
Consulta de Rotina	17 (27%)
Dor/Urgência	5 (7,9%)
Encaminhado pelo Medico Dentista	5 (7,9%)
Primeira Consulta	4 (6,3%)
Encaminhado outra especialidade	3 (4,8%)
Outro	2 (3,2%)
Total Geral	63 (100%)

Tabela 7: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo o motivo da consulta

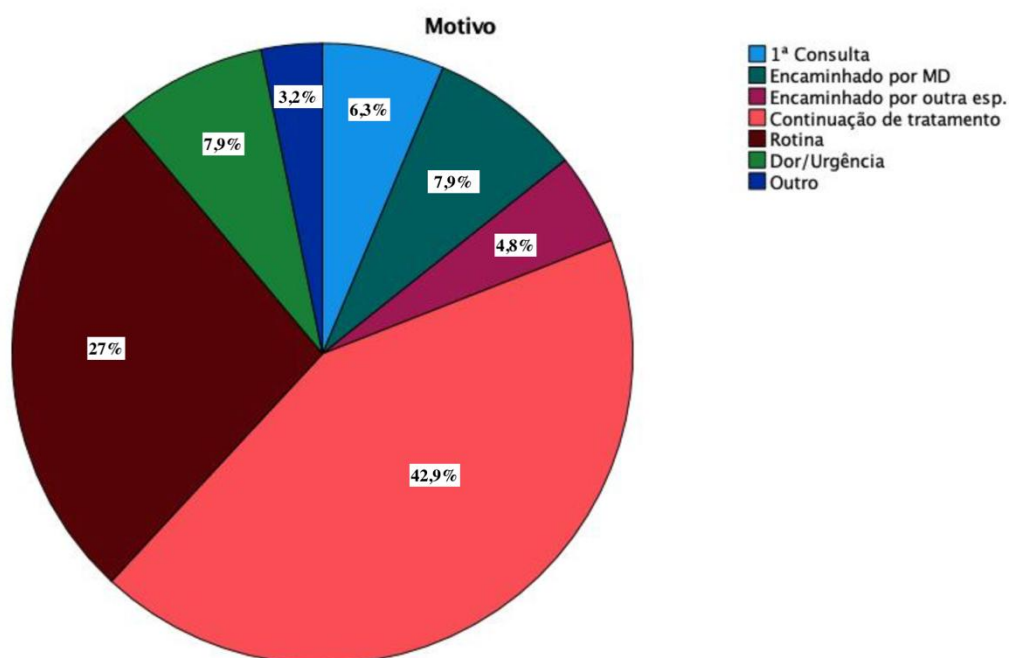


Gráfico 3: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo o motivo da consulta

A afluência foi maior nas consultas de continuação de tratamento com 43% do que o motivo de primeira consulta com 5% ou nas consultas de rotina com 27%, como observado no gráfico 3. Podemos observar que 3% dos pacientes procuram a clínica por outro motivo. Durante o estudo, os motivos mencionados incluíam, entre outros, a busca por mais informações sobre "um problema de esmalte" (sic) ou sobre o fato de um dente estar em erupção ectópica.

7. Tratamentos anteriores

Tratamento Anterior	Total
Sim	52 (82,5%)
Não	11(17,5%)
Total Geral	63 (100%)

Tabela 8: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo os tratamentos anteriores

Podemos observar que das 63 crianças do estudo 11 ainda não fizeram nenhum tratamento.

	Destartarização	Aplicação de fluor	Restauração	Extração	Outro
Sim	42 (66,7%)	19(30,2%)	27 (42,9%)	48 (23,8%)	4
Não	21 (33,3%)	44 (69,8%)	36 (57,1%)	15 (76,2%)	59
Total Geral	63 (100%)	63 (100%)	63 (100%)	63 (100%)	63 (100%)

Tabela 9: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo os diferentes motivos da consulta

Na tabela número 9, podemos ver que a maioria dos pacientes já fizeram uma destartarização. Também, 48 dos pacientes pediátricos sobre os 63 do estudo já fizeram uma extração. 27 já fizeram uma restauração e apenas 4 fizeram um outro tratamento dos listados, como um tratamento ortodôntico ou uma frenectomia.

8. Experiência negativa

Experiência negativa	Total
Sim	9 (14,3%)
Não	54 (85,7%)
Total Geral	63 (100%)

Tabela 10: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo se o paciente já teve uma experiência negativa

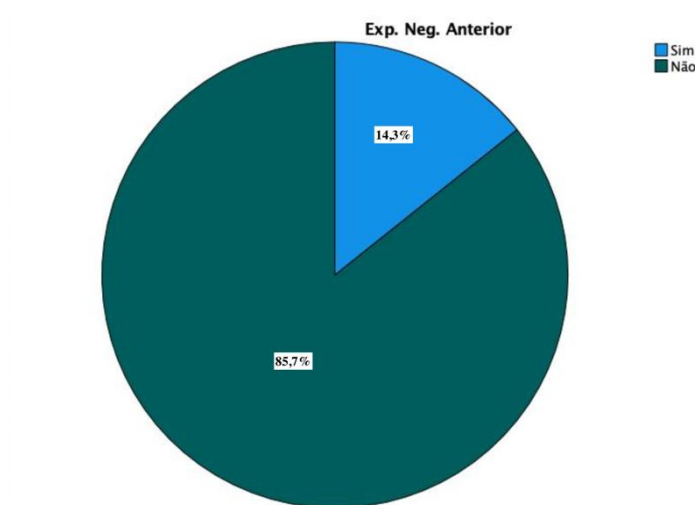


Gráfico 4: Distribuição por frequência e percentagens dos indivíduos na amostra, segundo se o paciente já teve uma experiência negativa

Das 63 crianças que responderam ao estudo, foi observado que 9 já tiveram uma experiência negativa, dos quais 3 choraram no momento da anestesia. 2 recusaram a abrir a boca não se deixando tratar, 1 criança mostrou-se muito nervoso, 1 assinalou que tinha uma dor muito forte no molar. Uma outra criança sentiu que o médico dentista ignorou a sua queixa, e uma referiu que a sua experiência negativa foi quando foi “extraído um dente com muita força” sic.

B. TESTE FACIAL IMAGE SCALE

Este teste tem uma classificação que varia de 1 (mais feliz) ao 5 (menos feliz).

1. No início da consulta

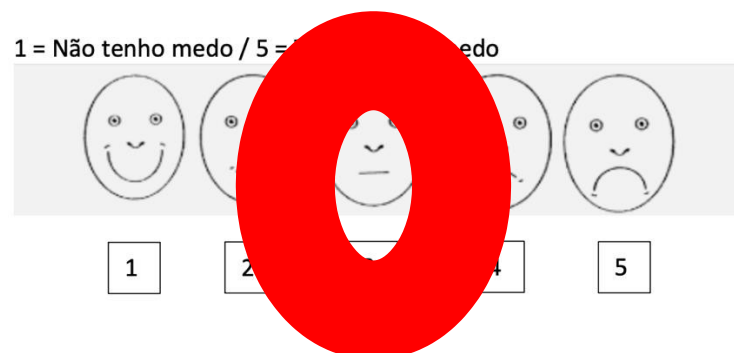


Figura 3: Imagem do teste de Facial Image Scale a mais escolhida pela amostra no início da consulta.

No início da consulta media do teste Facial Image Scale concentrou-se na imagem 3.

Não se observou nenhuma resposta na imagem 1 e 5.

2. No fim da consulta

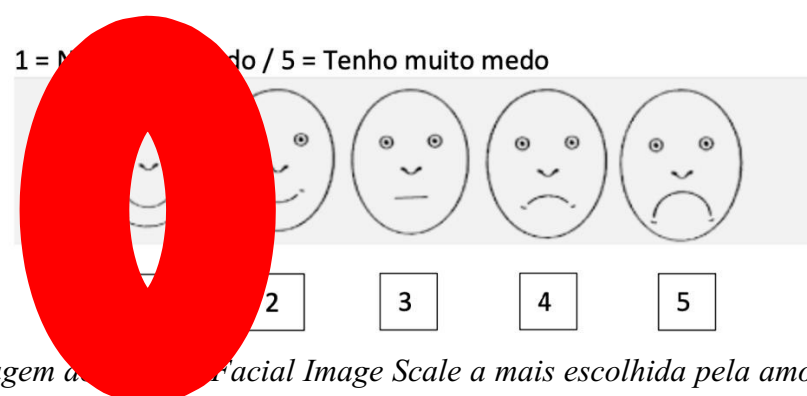


Figura 4: Imagem do teste de Facial Image Scale a mais escolhida pela amostra no fim da consulta.

No final da consulta a media do teste Facial Image Scale concentrou-se na imagem 1.

Entre o início e o fim da consulta podemos observar que a média na escolha da imagem

altera, aproximando-se do 1,00 o que sugere que as crianças ficam “mais feliz”, menos ansioso.

C. TESTE DE FRANKL

Para o estudo o Medico Dentista avaliou o nível de ansiedade da criança entre o início e o fim da consulta. O 1 significa definitivamente negativo e o 4 definitivamente positivo

1. Teste de Frankl no início da consulta

Opção	Atitude	Definição
1	Definitivamente negativo	Recusa do tratamento, choro forçado, manifesta medo ou qualquer outra evidência de negativismo extremo.

Figura 5: Opção do teste de Frankl a mais escolhida pela amostra no início da consulta.

No início da consulta media do teste Frankl concentrou-se na proposta 1.

Não se observou uma relação estatisticamente significativa entre a media do teste de Frankl no início da consulta com as diferentes varaiveis como a faixa etária, o género, a medicação, a 1º consulta de Odontopediatria na Clínica Egas Moniz ou de Medicina dentária, nem segundo os tratamentos anteriores ou a experiência negativa anterior.

2. Teste de Frankl no fim da consulta

3	Positivo	Aceita o tratamento; por vezes curioso e disposto a obedecer ao médico dentista; às vezes demonstra reserva, mas segue as instruções do médico dentista.
---	----------	--

Figura 6: Opção do teste de Frankl a mais escolhida pela amostra no fim da consulta.

No Fim da consulta media do teste Frankl concentrou-se na proposta 3

Obtemos um resultado significativo dependendo se se trata da primeira consulta de medicina dentária ($p = 0,024$, teste de Mann-Whitney) da criança e dependendo se a criança já teve uma experiência negativa anteriormente ($p = 0,015$, teste de Mann-Whitney).

D. TESTE CHILDREN FEAR SURVEY SCHEDULE DENTAL SUBSCALE (CFSS-DS)

1. CFSS-DS 1: Ter o dentista a colocar um instrumento na sua boca

CFSS-DS1	
MÉDIA	1,00
MÁXIMO	5
MÍNIMO	1

Tabela 11: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 1

A média da primeira pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 1,00 o que significa que as crianças têm “nenhum medo”.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 5 “Muito medo”.

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos em relação à faixa etária, género, medicação, primeira consulta de Odontopediatria na Clínica Egas Moniz ou Medicina Dentária, nem em relação a tratamentos anteriores.

No entanto, foi observado um resultado estatisticamente significativo para experiências negativas anteriores.

2. CFSS-DS 2: “Tratar uma cárie”

CFSS-DS2	
MÉDIA	3,00
MÁXIMO	6
MÍNIMO	1

Tabela 12: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 2

A média da segunda pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 3,00 o que significa “medo” de tratar uma cárie.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 6 “Nunca tive este tratamento”.

Houve uma diferença estatisticamente significativa nos fatores da medicação, dependendo se é a primeira consulta de Odontopediatria na Clínica Egas Moniz ou a primeira consulta de Medicina Dentária, considerando o motivo da consulta ou os tratamentos anteriores.

Não houve resultados estatisticamente significativos para a faixa etária, o género e a experiência negativa anterior.

3. CFSS-DS 3: “Extrair/Exodontia (tirar) um dente”

CFSS-DS3	
MÉDIA	6,00
MÁXIMO	6
MÍNIMO	1

Tabela 13: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 3

A média da terceira pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 6,00 o que significa “nunca teve este tratamento” de tratar uma cárie.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 6 “Nunca tive este tratamento”

Não foram observados resultados estatisticamente significativos em relação à faixa etária, género, medicação, primeira consulta de medicina dentária e experiência negativa anterior.

4. CFSS-DS 4: “Quando o Médico dentista realiza um destartarização”

CFSS-DS4	
MÉDIA	2,00
MÁXIMO	6
MÍNIMO	1

Tabela 14: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 4

A média da pergunta quatro do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 2,00 o que indica que a maioria das crianças não apresenta qualquer receio ao realizar uma destartarização. Mas verificou-se uma diferença estatisticamente significativa em relação aos tratamentos anteriores, tais como destartarização e restauração.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 6 “Nunca tive este tratamento”.

Não houve resultados significativos para a faixa etária, o género, a medicação, primeira consulta de Odontopediatria na Clínica Egas Moniz, a primeira consulta de medicina

dentaria e a experiência negativa anterior.

5. CFSS-DS 5: “As anestésias”

CFSS-DS5	
MÉDIA	4,00
MÁXIMO	6
MÍNIMO	1

Tabela 15: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 5

A média da quinta pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 4,00 o que significa que a maioria das crianças tem “medo” das anestésias.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 6 “Nunca tive este tratamento”.

Foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação a ansiedade das crianças nas variáveis: primeira consulta de Odontopediatria na Clínica Egas Moniz, primeira consulta de Medicina Dentária e se a criança já teve tratamentos anteriores.

Não houve resultados significativos para a faixa etária, o género a medicação, o motivo e a experiência negativa anterior.

6. CFSS-DS 6: “Os ruídos dos instrumentos”

CFSS-DS6	
MÉDIA	1,00
MÁXIMO	5
MÍNIMO	1

Tabela 16: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 6

A média da sexta pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 1,00 o que indica que a maioria das crianças tem “medo” das anestésias.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 5 “Muito medo”.

Não houve nenhum resultado estatisticamente significativo para os diferentes fatores já mencionados anteriormente.

7. CFSS-DS 7: “Os odores (cheiro) da clínica”

CFSS-DS7	
MÉDIA	1,00
MÁXIMO	5
MÍNIMO	1

Tabela 17: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 7

A média da sétima pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 1,00 o que indica que a maioria das crianças não tem “nenhum medo” dos odores (cheiro) da clínica.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 5 “Muito medo”.

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos para os diferentes fatores já mencionados anteriormente.

8. CFSS-DS 8: “O sabor dos produtos”

CFSS-DS8	
MÉDIA	1,00
MÁXIMO	5
MÍNIMO	1

Tabela 18: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 8

A média da oitava pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 1,00 o que indica que a maioria das crianças não tem “nenhum medo” do sabor dos produtos.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 5 “Muito medo”.

Não foram encontrados resultados significativos nos diferentes fatores, exceto para os pacientes que já fizeram uma restauração.

9. CFSS-DS 9: “O dentista avalia a boca”

CFSS-DS9	STATISTICOS
MÉDIA	1,00
MÁXIMO	5
MÍNIMO	1

Tabela 19: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 9

A média da nona pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 1,00 o que indica que a maioria das crianças não tem “nenhum medo” do dentista que avalia a boca.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 5 “Muito medo”.

Houve um resultado estatisticamente significativo entre o aumento da ansiedade quando o medico dentista avalia a boca da criança em relação às crianças já tiveram uma experiência negativa anterior.

10. CFSS-DS 10: “Ter a boca aberta”

CFSS-DS10	
MÉDIA	1,00
MÁXIMO	5
MÍNIMO	1

Tabela 20: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 10

A média da décima pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 1,00, o que indica que a maioria das crianças não tem “nenhum medo” de ter a boca aberta.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 5 “Muito medo”.

Não foram encontrados resultados significativos nos diferentes fatores já mencionados anteriormente.

11. CFSS-DS 11: “A cadeira do dentista”

CFSS-DS11	STATISTICOS
MÉDIA	1,00
MÁXIMO	4
MÍNIMO	1

Tabela 21: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 11

A média da décima primeira pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 1,00, o que indica que a maioria das crianças não tem “nenhum medo” da cadeira do dentista.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 4 “Medo”.

Houve um resultado estatisticamente significativo entre o aumento da ansiedade em relação às crianças já realizam um tratamento anterior.

12. CFSS-DS 12: “Os professores da clínica”

CFSS-DS12	
MÉDIA	1,00
MÁXIMO	5
MÍNIMO	1

Tabela 22: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 12

A média da décima segunda pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 1,00, o que indica que a maioria das crianças não tem “nenhum medo” dos professores da clínica.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 5 “Muito medo”.

Houve um resultado significativo entre o aumento da ansiedade em relação aos professores da clínica.

13. CFSS-DS 13: “As fardas dos médicos dentistas”

CFSS-DS13	
MÉDIA	1,00
MÁXIMO	5
MÍNIMO	1

Tabela 23: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 13

A média da décima terceira pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 1,00 o que indica que a maioria das crianças não tem “nenhum medo” das fardas dos médicos dentistas.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 5 “Muito medo”.

Houve um resultado estatisticamente significativo entre o aumento da ansiedade em relação às fardas dos médicos dentistas.

14. CFSS-DS 14: “Ter uma pessoa desconhecida a tocar-lhe”

CFSS-DS14	STATISTICOS
MÉDIA	1,00
MÁXIMO	5
MÍNIMO	1

Tabela 24: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 14

A média da décima quarta pergunta do teste de Children Fear Survey Dental Subscale é de 1,00 o que indica que a maioria das crianças não tem “nenhum medo” de ter uma pessoa desconhecida a tocá-las.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 5 “Muito medo”.

Não foram encontrados resultados significativos em relação aos diferentes fatores já mencionados anteriormente.

15. CFSS-DS 15: “Ir para clínica dentária”

CFSS-DS15	STATISTICOS
MÉDIA	1,00
MÁXIMO	5
MÍNIMO	1

Tabela 25: Distribuição dos indivíduos na amostra, segundo o teste CFSS-DS segundo a pergunta 15

A média da décima quinta pergunta na subescala de Medo em Crianças (Children Fear Survey Dental Subscale) é de 1,00 o que indica que a maioria das crianças não sente “medo” de ir à clínica dentária.

Nesta pergunta as crianças escolheram entre as opções 1 “Nenhum medo” e 5 “Muito medo”.

Verificou-se um resultado estatisticamente significativo para crianças que já tiveram tratamentos anteriores e experiências negativas anteriores, assim como quando o motivo da consulta é "outro".

VI. DISCUSSÃO

A ansiedade relacionada com consultas de Medicina dentária é caracterizada como um estado emocional desagradável e negativo, que se manifesta como um nervosismo de leve a grave em resposta a situações específicas relacionadas com a área de Medicina Dentária. Essas situações são captadas pelo indivíduo como representativas de um perigo iminente. Dentre os diversos estímulos presentes nas consultas de medicina dentária, há instrumentos ou procedimentos específicos descritos na literatura como os principais e mais comuns desencadeadores de ansiedade, como agulhas, o sabor dos produtos, extração de dentes e o uso de instrumentos rotatórios (Klingberg & Broberg, 2007).

De acordo com um estudo de 2012 realizado por Porritt, cerca de metade das crianças apresentam uma ansiedade dentária baixa a moderada e entre 10% e 20% apresentam uma ansiedade dentária elevada.

Diversas pesquisas têm se dedicado a demonstrar a validade entre diferentes medidas de medo e ansiedade relacionados à odontologia. No entanto, é importante ressaltar que essa correlação não é perfeita, especialmente quando se consideram instrumentos que avaliam aspectos distintos do medo e da ansiedade dentária. Existem instrumentos que se concentram nos medos internos (cognitivos), enquanto outros medem comportamentos externos visíveis e respostas fisiológicas. Além disso, existem medidas que enfocam a ansiedade de traço, ao passo que outras avaliam a ansiedade de estado, sendo que esses conceitos são fundamentalmente diferentes. Essa diversidade de abordagens destaca a natureza multidimensional do medo e da ansiedade dentária em crianças, bem como a necessidade de uma seleção cuidadosa ou até mesmo a combinação desses instrumentos antes de conduzir um estudo sobre o medo e a ansiedade dentária em crianças (Mitsuhata et al., 2012).

A utilização e adaptação das técnicas de controlo de comportamento, baseadas no conhecimento adquirido através da aplicação dessas escalas, têm como objetivo ajudar o médico dentista durante a consulta. Evitar o tratamento dentário devido à ansiedade e ao medo agrava os problemas relacionados com a saúde oral dos pacientes. Além disso, o tratamento de pacientes ansiosos pode ser mais desafiador e demorado. Devido à

ansiedade e ao medo associados ao tratamento dentário, é crucial que os dentistas criem um ambiente que alivie as preocupações dos pacientes. A efetiva regulação da ansiedade e da dor é um elemento essencial nos cuidados dentários, permitindo que muitos pacientes que anteriormente não conseguiam obter tratamento dentário agora possam fazê-lo, graças às diversas e abrangentes opções disponíveis para controlar a ansiedade e a dor. Para abordar essas questões, foram realizados estudos para investigar as causas da ansiedade associada à medicina dentária, a sua prevalência, categorias de pacientes e o seu impacto nos ambientes intra e extraorais, bem como nos planos de tratamento. (Shim et al., 2015).

As medidas mais comuns do medo e ansiedade dentária são medidas de auto-avaliação. As crianças respondem a perguntas ou instruções que as informam sobre o seu medo e ansiedade dentária. Nenhuma outra parte, como os pais da criança, está envolvida. (Yon et al., 2020a).

Neste estudo observamos uma boa comunicação entre as crianças avaliadas e o investigador.

Os resultados mostram que não houve diferença significativa entre as duas faixas etárias (3-7 e 8-12 anos), nem entre o género masculino e feminino da criança. Este facto está de acordo com o estudo de Kiliç et al feita em 2016, no qual foi utilizado o teste de Frankl e a Facial Image Scale e de acordo com o estudo feita na Índia, no que diz respeito ao teste de CFSS-DS, também não foram encontradas diferenças significativas entre o género e a ansiedade dentária (Ummat et al., 2019).

Ao nível da hetero-avaliação, segundo o teste de Frankl notamos uma diminuição do nível da ansiedade ao aplicar o teste no final da consulta para as crianças para as quais era a primeira consulta dentária e para as crianças que já tinham uma experiência negativa.

Este resultado coloca em evidência a relevância da comunicação não-verbal durante as consultas dentárias (Adams, 2012).

No nosso estudo observamos, durante o atendimento que, a maioria das crianças avaliadas foram se desmonstrando mais descontraídas, expressando sorriso e risos em interação com o dentista.

Das 63 crianças entrevistadas, 4 eram pacientes de primeira vez e 9 tinham uma

experiência negativa anterior.

Frankl estudou o comportamento cooperativo das crianças durante uma consulta ao dentista e concluiu que o comportamento cooperativo melhora a partir da segunda visita. Em um estudo foi concluído que o nível de excitação da criança diminui à medida que ela adquire experiência na situação odontológica (Howitt Jw & Stricker G, 1970).

Venham e Cipes demonstraram em 1977 que o comportamento das crianças melhora ao longo das consultas dentárias. A melhoria observada nas consultas subsequentes sugere que a experiência adquirida pela criança nas consultas anteriores também pode permitir que a criança distinga com precisão os procedimentos ansiosos e não ansiosos e lide com os procedimentos dentários estressantes.

Não se registaram outros resultados estaticamente significativos em termos de heteroavaliação.

A média global do teste de Frankl no início e no final da consulta de Odontopediatria na Clínica Egas Moniz é de 3,00, o que é definido no teste como um comportamento "positivo", que "Aceita o tratamento; por vezes curioso e disposto a obedecer ao médico dentista; às vezes demonstra reserva, mas segue as instruções do médico dentista" (Mathur et al., 2017). Assim, não registamos qualquer alteração na ansiedade entre o início e o fim da consulta com a heteroavaliação.

Em termos de autoavaliação com a Facial Image Scale, não notamos diferenças significativas em função dos diferentes fatores e em função do início e do fim da consulta. A ausência de diferenças significativas entre os géneros não diminui a validade do FIS (Buchanan & Niven, 2002).

Temos uma média de 1,00 no início e no final da consulta para este teste, o que significa que as crianças não estavam ansiosas, o que contradiz o estudo de Khanduri, no qual ele entrevistou 300 crianças, e a resposta média foi 3 (Khanduri et al., 2019). Os autores consideraram que a escolha das faces 4 e 5 indica a presença de ansiedade dentário no paciente, sendo que a face 5 representa um medo extremo do tratamento dentário (Răducanu & Feraru, 2009).

Como destacado no estudo realizado em Bucareste, as diferenças entre os diferentes estudos sobre a ansiedade em crianças podem ser explicadas pelas diferenças culturais entre as crianças submetidas ao questionário (Răducanu & Feraru, 2009).

Na Subescala Dentária do Children's Fear Survey Schedule e nas 15 questões

situacionais encontramos algumas diferenças significativas. Esta escala é amplamente utilizada para medir o medo de tratamentos dentários e foi extensamente traduzida e validada em outros países (Mariana Gonzalez Cademartori et al., 2019). A utilização desta escala, que é um dos métodos mais utilizados para avaliar a ansiedade, sendo possível não apenas obter informações sobre a prevalência de ansiedade em uma determinada população, mas também identificar os estímulos que desencadeiam as respostas ansiosas (Alvesalo et al., 1993).

Com este método de avaliação, também não observámos qualquer diferença significativa em termos do sexo ou da idade da criança o que está de acordo com os resultados do estudo de Alsaadoon et al. efetuado em 2022, que não encontrou diferenças significativas em termos de género ou idade do paciente.

No entanto, os resultados do nosso estudo estão em consonância com os resultados do estudo de 2013, que não encontrou nenhuma diferença significativa em termos de género e idade (Raj et al., 2013). Os resultados divergentes em relação ao género podem ser explicados pelas diferentes metodologias do estudo e pelas variações nas idades dos grupos. A influência do género e da idade deve ser considerada em conjunto com outros fatores, como a cultura local e as condições socioeconómicas das famílias.

Para diminuir o medo das crianças em relação aos tratamentos dentários, é importante prestar atenção à utilização de conceitos epidemiológicos para avaliar o risco clínico, através de testes de atividade da cárie e implementar medidas preventivas intensivas precoces, como a aplicação de selantes de fissuras, visitas regulares ao dentista, ensino de higiene oral e educação dos pais. Desta forma, é possível prevenir a dor sentida pela criança e reduzir a necessidade de tratamentos dentários invasivos em idades precoces. (Raj et al., 2013)

Notamos uma diferença significativa para as crianças cronicamente medicadas na questão que lhes pergunta se têm medo da anestesia (CFSS-DS5). Esta questão sobre a anestesia destaca-se bastante, com diferenças significativas para as crianças para aquelas em que esta é a primeira consulta de odontopediatria na Clínica Egas Moniz, e para aquelas em que foi a primeira consulta de medicina dentária. Verificou-se também uma diferença significativa para as crianças que já tinham feito tratamentos anteriores como

destartarização, restauração ou extracção. Tal como apoiado pelo estudo de Bagherian, A., e Sheikhfathollahi, M. a anestesia é um problema real que causa ansiedade nas crianças durante as consultas dentárias.

A questão da exodontia também mostra resultados significativos para crianças para as quais é a primeira consulta de Medicina Dentária e para aquelas que já tiveram tratamentos anteriores como destartarização, restauração ou extracção (Hosey et al., 2006). Existe também o medo da destartarização para as crianças que já foram submetidas a um tratamento anterior, como a destartarização ou a restauração. Podemos então questionar se não estamos a associar o medo do tratamento ao medo da dor e não à patologia em si, o que pode levar a graves problemas dentários devido à falta de rigor na frequência das consultas dentárias (Ummat et al., 2019).

No entanto, observamos que não houve resultado significativo em relação ao medo do cheiro ou do barulho do consultório. Obtivemos um resultado significativo em relação ao sabor dos produtos e ao fato de as crianças já terem passado por um tratamento restaurador. Parece que as crianças que tiveram uma experiência negativa anterior ficam mais ansiosas quando o dentista realiza a avaliação oral. (Okawa et al., 2005). As crianças com experiência prévia de tratamento dentário apresentaram maior ansiedade em relação às cadeiras do dentista e à farda. Isso é consistente com um estudo realizado em 2022 que destacou que experiências passadas e o ambiente de um consultório odontológico podem ser fontes de ansiedade para a criança (Stein Duker et al., 2022).

Não obtivemos resultados significativos para a questão "ter uma pessoa desconhecida a tocar-lhe" ao contrário do que mostra o estudo do Nakai et al., feita em 2005 no Japão, onde observaram que o medo de ser tocado por uma pessoa desconhecida é um dos medos que mais sobressai.

Será que isso se deve ao facto de serem estudantes e então pode parecer mais jovem na clínica? Para as crianças que já tinham feito outro tratamento anterior, como ortodontia, houve resultados significativos no aumento da ansiedade em relação aos professores da clínica e em relação à vinda para a clínica dentária. Este medo de vir à clínica dentária também surgiu para as crianças que tiveram uma experiência negativa anterior (Ramos-Jorge et al., 2006). O aumento da ansiedade foi geralmente uma suposição pessoal devido à ignorância do paciente em relação ao tratamento efetuado pelo

dentista (Yuwannisa et al., 2013).

1. Limitações do estudo

- Tempo da consulta que é limitado nas crianças principalmente em crianças muito jovens;
- Barreira linguística do examinador / criança;
- Quando a consulta da criança se tornou stressante, a criança recusou-se a responder ao resto do teste no final da consulta;
- Os pais ou o responsável legal podem ter relutância em deixar a criança fazer o teste sozinha podendo interferir nos resultados;
- Tempo curto de recolha de dados o que levou a uma amostra reduzida em relação aos estudos encontrados.

VII. CONCLUSÃO

De acordo com o estudo realizado na Clínica Dentária Egas Moniz, podemos concluir diferentes aspectos de acordo com os objetivos do estudo.

Primeiramente, não foram encontradas diferenças significativas em relação ao sexo, género e idade das crianças estudadas.

No que diz respeito à autoavaliação das crianças usando a Facial Image Scale, não foi observada diferença significativa entre o início e o fim da consulta.

No entanto, ao considerar a heteroavaliação feita pelo examinador (que foi a mesma pessoa para todos os questionários), foi identificada uma diferença significativa para crianças que estavam na sua primeira consulta ou que já tinham tido experiências negativas no passado. No final da consulta, as crianças demonstraram estar menos ansiosas.

Em relação aos fatores externos avaliados pelo teste Children Fear Survey Schedule Dental Subscale, observamos resultados distintos. Em primeiro lugar, notamos que crianças que estavam em uso de medicação crónica apresentaram maior ansiedade em relação à anestesia. Também foi observado que crianças que tiveram experiências negativas no passado demonstraram maior ansiedade em diversas situações, como o momento em que o dentista avalia a sua higiene oral, a presença das cadeiras do consultório dentário e os uniformes utilizados pelos profissionais, em comparação com aquelas que nunca tiveram experiências negativas. Crianças que passaram por procedimentos de restauração manifestaram ansiedade em relação ao sabor dos produtos utilizados. Além disso, a ansiedade em antecipação às consultas foi mais evidente em crianças que tiveram experiências negativas anteriores ou outros tratamentos odontológicos.

Essas conclusões ressaltam a importância de considerar experiências prévias e fatores externos na compreensão da ansiedade dentária em crianças.

VIII. BIBLIOGRAFIA

- 1) Adams, T. S. (2012). *Nonverbal Communication in Dentistry*. California Dental Hygienists' Association.
- 2) Al-Namankany, A., de Souza, M., & Ashley, P. (2012). Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *British Dental Journal*, 212(5), 219–222.
- 3) Alsaadoon, A. M., Sulimany, A. M., Hamdan, H. M., & Murshid, E. Z. (2022). The Use of a Dental Storybook as a Dental Anxiety Reduction Medium among Pediatric Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Children*, 9(3), 328.
- 4) Alvesalo, I., Murtomaa, H., Milgrom, P., Honkanen, A., Karjalainen, M., & Tay, K. M. (1993). The Dental Fear Survey Schedule: a study with Finnish children. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 3(4), 193–198.
- 5) Alasmari, A. A., Aldossari, G. S., & Aldossary, M. S. (2018). Dental Anxiety in Children: A Review of the Contributing Factors. *JOURNAL of CLINICAL and DIAGNOSTIC RESEARCH*.
- 6) American Academy Of Pediatric Dentistry. (2019). The reference manual of pediatric dentistry, 2019-2020. American Academy Of Pediatric Dentistry.
- 7) Bagherian, A., & Sheikhfathollahi, M. (2016). Children's behavioral pain reactions during local anesthetic injection using cotton-roll vibration method compared with routine topical anesthesia: A randomized controlled trial. *Dental Research Journal*, 13(3), 272.
- 8) Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2014). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *PSICOLOGIA*, 19(1/2), 267.
- 9) Barreto, K. A., Dos Prazeres, L. D. K. T., Lima, D. S. M., Soares, F. C., Redivivo, R. M. M. P., da Franca, C., & Colares, V. (2017). Factors associated with dental anxiety in Brazilian children during the first transitional period of the mixed dentition. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 18(1), 39–43.
- 10) Berthet, A. (2007). Le Traitement de la Douleur e de L'Anxiété : Chez L'Enfant.
- 11) Bresson, A. (2021, October 7). Peur du dentiste (stomatophobie) : pourquoi ? solutions ? | Santé Magazine.
- 12) Buchanan, H., & Niven, N. (2002). Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 12(1), 47.
- 13) Bucur, S.-M., Moraru, A., Adamovits, B., Bud, E. S., Olteanu, C. D., & Vaida, L. (2022). Psychometric Properties of Scared-C Scale in a Romanian Community Sample

- and Its Future Utility for Dental Practice. *Children*, 9(1), 34.
- 14) Carter, A. E. (2014). Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *WorldJournal of Clinical Cases*, 2(11), 642.
 - 15) Castillo, A. R. G., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(suppl 2), 20–23.
 - 16) Centre national de ressources textuelle e lexicale. (2012). PHOBIE : Définition de PHOBIE. Cnrtl.fr.
 - 17) Chaupain-Guillot, S., Guillot, O., & Jankeliowitch-Laval, É. (2014). Le renoncement aux soins médicaux e dentaires : une analyse à partir des données del'enquête SRCV . *Economie e Statistique*, 469(1), 169–197.
 - 18) Cianetti, S., Lombardo, G., Lupatelli, E., Pagano, S., Abraha, I., Montedori, A., Caruso, S., Gatto, R., De Giorgio, S., Salvato, R., & Paglia, L. (2017). Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *EuropEan Journal of PaEdiatric DENTistry*, 18, 2–2017.
 - 19) Corah, N. L. (1969). Development of a Dental Anxiety Scale. *Journal of DentalResearch*, 48(4), 596–596.
 - 20) Correa, I., Jhonas, B., De Souza, A., Pereira, L., & Ferreira, M. (n.d.). COMPORTAMENTOS AGRESSIVOS NA INFÂNCIA: origens e influências darelação com os pais 2021
 - 21) ELBEK ÇUBUKÇU, Ç., & ÇELİK, Z. C. (2023). Ağız Sağlığı Eğitim Programına Katılan İlköğretim Okulu Öğrencilerinde Diş Kaygısı Paterni. *Journal of Contemporary Medicine*, 13(2), 331–334.
 - 22) El-Housseiny, A. A., Alsadat, F. A., Alamoudi, N. M., El Derwi, D. A., Farsi, N.M., Attar, M. H., & Andijani, B. M. (2016). Reliability and validity of the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale for Arabic-speaking children:a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 16(1).
 - 23) Dahlander, A., Soares, F., Grindejford, M., & Dahllöf, G. (2019). Factors Associated with Dental Fear and Anxiety in Children Aged 7 to 9 Years. *DentistryJournal*, 7(3), 68.
 - 24) Department of Scientific Information, Evidence Synthesis & Translation Research, ADA Science & Research Institute, LLC. (2017). Home Oral Care | American Dental

Association. Ada.org.

- 25) El-Housseiny, A. A., Alsadat, F. A., Alamoudi, N. M., El Derwi, D. A., Farsi, N.M., Attar, M. H., & Andijani, B. M. (2016). Reliability and validity of the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale for Arabic-speaking children: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*, 16(1).
- 26) Elsevier. (2022, April 13). Techniques de prises en charge d'un enfant noncoopérant. Elsevier Connect.
- 27) Fayad, M., Elbieh, A., Baig, M., & Alruwaili, S. (2017). Prevalence of dental anxiety among dental patients in Saudi Arabia. *Journal of International Society of Preventive and Community Dentistry*, 7(2), 100.
- 28) FREEMAN, R. (2007). A fearful child attends: a psychoanalytic explanation of children's responses to dental treatment. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 17(6), 407–418.
- 29) Gomes, H. de S., Raso, G. F., Rosselli, E. R., Braz, R. O. de M. C., Rodrigues, R., Fernandes, L. A., & Lima, D. C. de. (2022). Dor e ansiedade odontológica infantil: há relação? *Research, Society and Development*, 11(4), e56611427655.
- 30) Gupta, A., Marya, C., & Dahiya, V. (2014). Behaviour management of an anxious child. *Baltic Dental and Maxillofacial Journal*, 16(1), 3–6.
- 31) Gustafsson, A. (2010). Dental behaviour management problems among children and adolescents--a matter of understanding? Studies on dental fear, personal characteristics and psychosocial concomitants. *Swedish Dental Journal. Supplement*, 202, 2 p preceding 1–46.
- 32) Hosey, M. T., Macpherson, L. M. D., Adair, P., Tochel, C., Burnside, G., & Pine, C. (2006). Dental anxiety, distress at induction and postoperative morbidity in children undergoing tooth extraction using general anaesthesia. *British Dental Journal*, 200(1), 39–43.
- 33) Jamali, Z., Najafpour, E., Ebrahim Adhami, Z., Sighari Deljavan, A., Aminabadi, N. A., & Shirazi, S. (2018). Does the length of dental procedure influence children's behavior during and after treatment? A systematic review and critical appraisal. *Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects*, 12(1), 68–76.
- 34) Jain, A., Suprabha, B. S., Shenoy, R., & Rao, A. (2019). Association of temperament with dental anxiety and behaviour of the preschool child during the initial dental visit. *European*

Journal of Oral Sciences.

- 35) KLINGBERG, G., & 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(6), 391–406.
- 36) Kohli, N., Hugar, S. M., Soneta, S. P., Saxena, N., Kadam, K. S., & Gokhale, N.(2022). Psychological behavior management techniques to alleviate dental fear and anxiety in 4-14-year-old children in pediatric dentistry: A systematic review and meta-analysis. *Dental Research Journal*, 19(35915712), 47.
- 37) Koch, K., & Jones, B. (2018). Supporting Parent Caregivers of Children with Life-Limiting Illness. *Children*, 5(7), 85.
- 38) Larousse, É. (2023). Définitions : personnalité, personnalités - Dictionnaire de français Larousse.
- 39) Leal, S. C., Abreu, D. M. de M., & Frencken, J. E. (2009a). Dental anxiety and pain related to ART. *Journal of Applied Oral Science*, 17(spe), 84–88.
- 40) Leal, S. C., Abreu, D. M. de M., & Frencken, J. E. (2009b). Dental anxiety and pain related to ART. *Journal of Applied Oral Science*, 17(spe), 84–88.
- 41) Lin, Y.-L., Yen, Y.-Y., Chen, H.-S., Liu, Y.-C., Chang, C.-S., Chen, C.-M., Chen, F.-L., Hsu, C.-C., Lee, C.-H., Hu, C.-Y., & Huang, H.-L. (2014). Child dental fear in low-income and non-low-income families: A school-based survey study. *Journal of Dental Sciences*, 9(2), 165–171.
- 42) Loeser, J. D. (2011). Terminology | International Association for the Study of Pain. International Association for the Study of Pain (IASP).
- 43) Lussi, A. J., & Schaffner, R. (2004). The current evidence of dental care and oral health for achieving healthy longevity in an aging society 2015 Japan Dental Association Japan Dental Association.
- 44) Mariana Gonzalez Cademartori, Cara, G., Gabriela, & Polina, V. (2019). Validity of the Brazilian version of the Dental Subscale of Children's Fear Survey Schedule. *INTERNATIONAL JOURNAL of PAEDIATRIC DENTISTRY*, 29(6), 736–747.
- 45) Marques, B., Barreto Gonçalves, K., Gradwohl, Pontes Brasil, M., Maia, & Germano, M. (2010). *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. Universidade de Fortaleza, 23(4), 358–367
- 46) Masson, E. (2014). Abord de l'enfant en odontologie. EM-Consulte.

- 47) Mathur, J., Diwanji, A., Sarvaiya, B., & Sharma, D. (2017). Identifying Dental Anxiety in Children's Drawings and correlating It with Frankl's Behavior Rating Scale. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 10(1), 24–28.
- 48) McDonald, R. E., Avery, D. R., & Dean, J. A. (2004). *Dentistry for the Child and Adolescent*. Mosby Incorporated.
- 49) De Menezes Abreu, D. M., Leal, S. C., Mulder, J., & FRENCKEN, J. E. (2011). Dental anxiety in 6–7-year-old children treated in accordance with conventional restorative treatment, ART and ultra-conservative treatment protocols. *Acta Odontologica Scandinavica*, 69(6), 410–416.
- 50) Milgrom, P., Weinstein, P., Golletz, D., Leroux, B., & Domoto, P. (1994). Pain management in school-aged children by private and public clinic practice dentists.
- 51) Mobin, T., Khan, T. Z., Mobin, A., Tahir, M. R., Imran, Q., Gardezi, S. A. M., Waqar, R., Hanif, M., Mohamed Jiffry, M. Z., & Ahmed-Khan, M. A. (2023). Evaluating Dental Fear and Anxiety in Pediatric Patients Visiting a Private and a Public Dental Hospital in Lahore, Pakistan. *Cureus*.
- 52) Nancy, J., Quintard, B., Boyer, A., Darrieu, M., & Fawzi, R. (2009). Coping e odontologie pédiatrique : construction d'un questionnaire français. *Pratiques Psychologiques*, 15(4), 435–455
- 53) Porritt, J., Buchanan, H., Hall, M., Gilchrist, F., & Marshman, Z. (2012). Assessing children's dental anxiety: a systematic review of current measures. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 41(2), 130–142.
- 54) Porritt, J., Rodd, H., Morgan, A., Williams, C., Gupta, E., Kirby, J., Creswell, C., Newton, T., Stevens, K., Baker, S., Prasad, S., & Marshman, Z. (2016). Development and Testing of a Cognitive Behavioral Therapy Resource for Children's Dental Anxiety. *JDR Clinical & Translational Research*, 2(1), 23–37.
- 55) Oliveira, J. C. C. (2014). Atividades lúdicas na Odontopediatria: uma breve revisão da literatura. *Revista Brasileira de Odontologia*, 71(1), 103–107.
- 56) P., B. J. (2013b). Dental subscale of children's fear survey schedule and dental caries prevalence. *European Journal of Dentistry*, 07(02), 181–185.
- 57) Răducanu, A. M., & Feraru, V. F. (2009). *Assessment of the prevalence of dental fear and*

its causes among children and adolescents attending a department of paediatric dentistry in Bucharest. VOL VIII.

- 58) Raj, S., Aradhya, K., & Nagakishore, V. (2013). Evaluation of Dental Fear in Children during Dental Visit using Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 6(1), 12–15.
- 59) Ramos-Jorge, M. L., Marques, L. S., Pavia, S. M., Serra-Negra, J. M., & Pordeus, I. A. (2006). Predictive factors for child behaviour in the dental environment. *European Archives of Paediatric Dentistry: Official Journal of the European Academy of Paediatric Dentistry*, 7(4), 253–257.
- 60) Ray, J., Boman, U. W., Bodin, L., Berggren, U., Lichtenstein, P., & Broberg, A. G. (2010). Heritability of Dental Fear. *Journal of Dental Research*, 89(3), 297– 301
- 61) Sharma, A., & Tyagi, R. (2011). Behavior Assessment of Children in Dental Settings: A Retrospective Study. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 4(1), 35–39. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10005-1078>
- 62) Stein Duker, L. I., Grager, M., Giffin, W., Hikita, N., & Polido, J. C. (2022). The Relationship between Dental Fear and Anxiety, General Anxiety/Fear, Sensory Over-Responsivity, and Oral Health Behaviors and Outcomes: A Conceptual Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), 2380.
- 63) Shim, Y.-S., Kim, A.-H., Jeon, E.-Y., & An, S.-Y. (2015). Dental fear & anxiety and dental pain in children and adolescents; a systemic review. *Journal of Dental Anesthesia and Pain Medicine*, 15(2), 53.
- 64) Tseveenjav, B., Furuholm, J., Mulic, A., Valen, H., Maisala, T., Turunen, S., Varsio, S., Auero, M., & Tjäderhane, L. (2017). Survival of extensive restoration in primary molars: 15-year practice-based study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 28(2), 249–256.
- 65) Viswanath, D., & kumar R, M. (2014). DENTAL ANXIETY, FEAR AND PHOBIA IN CHILDREN.
- 66) Venham, L., Bengtson, D., & Cipes, M. (1977). Children's response to sequential dental visits. *Journal of Dental Research*, 56(5), 454–459.
- 67) Yon, M. J. Y., Chen, K. J., Gao, S. S., Duangthip, D., Lo, E. C. M., & Chu, C.

- H. (2020b). An Introduction to Assessing Dental Fear and Anxiety in Children. *Healthcare*, 8(2), 86.
- 68) Yuwannisa, M., Runkat, J., & Indriyanti, R. (2013). Dental anxiety level of children patient during dental treatment using CFSS-DS-DS questionnaire. *Padjadjaran Journal of Dentistry*, 25(1)

ANEXO:

A. O questionário:

Questionário: Avaliação da ansiedade dos pacientes pediátricos na Clínica Dentária Egas Moniz

No âmbito do Mestrado Integrado de Medicina Dentária, na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto Final do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Prof. Doutora Ana Raquel Antunes Garcia Barata, e co-orientação da Prof. Doutora Gunel Kizi, realiza-se uma investigação de “Avaliação da ansiedade dos pacientes pediátricos na Clínica Dentária Egas Moniz” na Clínica Dentária Egas Moniz. Esta decorre nas instalações da Clínica Dentária Egas Moniz com o objetivo de avaliar a ansiedade da criança no início e no final da consulta para ver se há uma mudança no nível de ansiedade da criança durante a consulta e ver quais fatores podem criar ansiedade na criança de 3 aos 12 anos que frequentam a Clínica Dentária Egas Moniz.

I - HISTÓRIA CLÍNICA

1. Idade da Criança: _____
2. Género:
☐ Feminino
☐ Masculino
3. Faz alguma medicação?
☐ Não
☐ Sim, qual? _____
4. É a 1ª consulta de medicina dentária na clínica da faculdade? ☐ Sim ☐ Não
5. É a 1ª consulta de medicina dentária da criança? ☐ Sim ☐ Não

6. Qual é o motivo da consulta?

- ☐ 1º consulta ☐ Continuação do tratamento
- ☐ Encaminhado pelo médico-dentista ☐ Rotina /revisão
- ☐ Encaminhado de outra especialidade ☐ Dor / urgência
- ☐ Outro. Qual? _____

7. A criança já fez tratamento dentários anteriores. ☐ Sim ☐ Não

Se sim, quais?

- ☐ Destartarização/limpeza ☐ Aplicação de flúor ☐ Restauração/tratar um dente
- ☐ Extração/tirar um dente ☐ Outro. Qual? _____

8. A criança já teve alguma experiência menos agradável com alguns dos tratamentos acima mencionados? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, pode indicar que tipo de experiência menos agradável teve?

II - OS TESTES

1) NO INÍCIO DA CONSULTA:

A) Para o Examinador:

O Teste de Frankl : avalie o nível de ansiedade da criança utilizando as definições abaixo

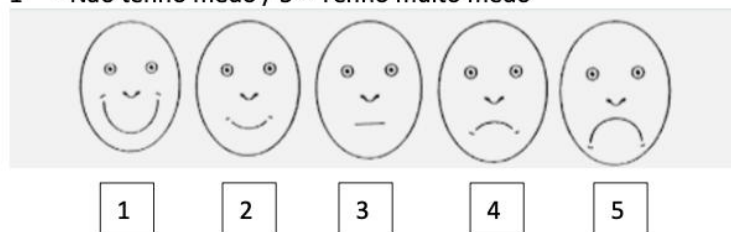
Avaliação	Atitude	Definição
1	Definitivamente negativo	Recusa do tratamento, choro forçado, manifesta medo ou qualquer outra evidência de negativismo extremo.

2	Negativo	Reticente em aceitar o tratamento; não cooperante, demonstra alguma evidência de atitude negativa, mas esta não é pronunciada (ex : gemidos)
3	Positivo	Aceita o tratamento; por vezes curioso e disposto a obedecer ao médico dentista; às vezes demonstra reserva, mas segue as instruções do médico dentista.
4	Definitivamente positivo	Bom relacionamento com o médico dentista; interessado nos procedimentos dentários, rindo e disfrutando da situação.

B) Para a criança:

Facial Image Scale: Faça um círculo à volta do rosto que mais se assemelha a si neste momento

1 = Não tenho medo / 5 = Tenho muito medo



2) **NO FIM DA CONSULTA**

A) Para o Examinador:

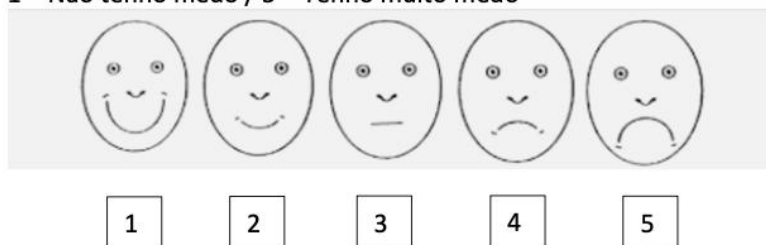
O Teste de Frankl : avalie o nível de ansiedade da criança utilizando as definições abaixo

Avaliação	Atitude
1	Definitivamente negativo
2	Negativo
3	Positivo
4	Definitivamente positivo

B) Para a criança

- Facial Image Scale: Faça um círculo à volta do rosto que mais se assemelha a si neste momento

1 = Não tenho medo / 5 = Tenho muito medo



- Children Fear Survey Schedule :

Avalie cada item numa escala de 1 até 5 de acordo com a ansiedade que sente:

1) Ter o dentista a colocar um instrumento na sua boca:

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😊

2) Tratar uma cárie:

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😊

☐ Nunca tive este tratamento

3) Extrair/Exodontia (tirar) o dente:

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊

☐ Nunca tive este tratamento

- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😱

4) Quando o médico dentista realiza destartarização: ☐ Nunca tive este tratamento

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😱

5) As anestésias:

☐ Nunca tive este tratamento

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😱

6) Os ruídos dos instrumentos:

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😱

7) Os odores (cheiro) da clínica:

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😱

8) A sabor dos produtos:

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😱

9) O Médico dentista avalia a boca:

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊

- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😱

10) Ter a boca aberta:

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😱

11) A cadeira do dentista :

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😱

12) Os professores da clínica:

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😱

13) As fardas dos Médicos dentistas:

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😱

14) Ter uma pessoa desconhecida a tocar-lhe:

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊
- e. Muito medo 😱

15) Ir para a Clínica Dentária:

- a. Nenhum medo 😊
- b. Um pouquinho de medo 😊
- c. Um pouco de medo 😊
- d. Medo 😊



e. Muito medo 🤖

Muito obrigada pela sua participação!



ECAS MONIZ

Consentimento Informado

Código | IMPEM-PE.17_03

Monte de Caparica, 23 de novembro de 2022

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado de Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto Final do Instituto Universitário Egas Moniz, sob a orientação da Prof. Doutora Ana Raquel Antunes Garcia Barata e coorientação da Prof. Doutora Gunel Kizil, solicita-se autorização para a participação no estudo "Avaliação da ansiedade dos pacientes pediátricos na Clínica Dentária Egas Moniz" numa população pediátrica de idades entre 3 a 12 anos que frequentam a Clínica Dentária Egas Moniz com o objetivo de avaliar a ansiedade da criança no início e no final da consulta para verificar se existe mudanças no nível de ansiedade da criança durante a consulta e avaliar quais fatores podem criar ansiedade na criança.

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.

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

- Participar no estudo: "Avaliação da ansiedade dos pacientes pediátricos na Clínica Dentária Egas Moniz"
- Responder ao questionário do estudo utilizando o teste de Facial Image Scale, teste de Frankl e teste de Children Fear Survey Schedule.

Explicação dos testes:

- Facial Image Scale: Consiste num teste composto por uma fila de cinco caras que vão desde extremamente ansiosas a não ansiosas. Será pedido às crianças que apontem um rosto do que estão a sentir naquele momento. A escala é pontuada dando um valor de um à face mais positiva e cinco à face mais negativa.
- Teste de Frankl: Este teste classifica o comportamento da criança em quatro grupos, de acordo com a atitude da criança. Consiste em quatro categorias



ECAS MONIZ

Consentimento Informado

Código | IMPEM-PE.17_03

comportamentais que vão de definitivamente positivas a definitivamente negativas que são atribuídas pelo examinador no início e no final da consulta

- Children Fear Survey Schedule: Consiste em 15 itens aos quais a criança dará um valor que varia de 1 a 5 de acordo com o nível de ansiedade que a situação mencionada no item lhe dá.

Este estudo pode trazer benefícios ao progresso do conhecimento tais como:

- Avaliar a ansiedade da criança antes e depois da consulta utilizando os testes de Facial Image Scale e de Frankl.
- Concluir que tipo de procedimentos dentários podem causar ansiedade à criança com o teste de Children Fear Survey Schedule.

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.

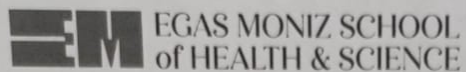
(Riscar o que não interessa)

ACEITO/ÃO ACEITO 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)

C. Apreciação da Comissão de Ética



Comissão de Ética EGAS MONIZ

Proc. Interno nº 1156

PLATAFORMA

Ex.ma Senhora
Rachel Ohayon

Monte de Caparica, 15 de dezembro de 2022.

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 Clínica Dentária Egas Moniz”**, foi aprovado por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Professora Doutora Maria Fernanda de Mesquita