



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

**MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

**ANSIEDADE DE CONTÁGIO PAIS-CRIANÇA EM  
ODONTOPEDIATRIA**

Trabalho submetido por  
**Nádia Rita Leitão Martins**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

**junho de 2015**





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

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

### **ANSIEDADE DE CONTÁGIO PAIS-CRIANÇA EM ODONTOPEDIATRIA**

Trabalho submetido por  
**Nádia Rita Leitão Martins**  
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por  
**Prof. Doutora Maria do Rosário Dias**

**junho de 2015**



## DEDICATÓRIA

À minha mãe, pai e avós,

Estiveram sempre disponíveis para mim, sem vocês não seria o que sou hoje, sem vocês este curso não seria possível.



## AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta dissertação. A todos eles deixo aqui o meu agradecimento sincero.

À Prof. Doutora Maria do Rosário Dias, orientadora desta dissertação, agradeço todo o apoio, atenção e carinho demonstrados, não só ao longo da realização deste trabalho como também nos últimos anos deste curso. Estou grata, igualmente, porque além da sua preciosa orientação e conselhos, me permitiu alguma liberdade de ação que foi decisiva para que este trabalho contribuisse para o meu desenvolvimento pessoal.

Ao Prof. Doutor Luís Proença, por todo o tempo que me disponibilizou e pela preciosa ajuda na análise estatística dos dados recolhidos ao longo da investigação.

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, instituição que me viu crescer enquanto estudante universitária, pela possibilidade, docentes e meios colocados à disposição, não só para a realização deste trabalho como também para o decurso da minha formação académica.

Aos meus pais e avós que sempre me acompanharam, apoiaram e acreditaram em mim no decorrer destes 5 anos de curso; sem eles não seria possível perseguir o meu sonho.

Ao Simão agradeço o apoio, o carinho, paciência, as palavras animadoras e a calma que sempre me transmitiu.

À Patrícia Branco, fiel amiga e colega de *box*, agradeço estes 5 anos em que partilhámos bons e maus momentos, sempre juntas.

À Ana Teresa e ao João Francisco, agradeço por estarem sempre presentes, a confiança e as energias positivas que me transmitem.

Ao Fausto, por todo o apoio que me deu ao nível da revisão ortográfica deste trabalho.

Às funcionárias da receção da Clínica Dentária Universitária Egas Moniz por, tantas vezes, terem despendido de algum do seu precioso tempo para me ajudar na organização de horários para recolha de amostra.



## RESUMO

A ansiedade vivida em *setting* de consulta Odontopediátrica é uma problemática com que os Médicos Dentistas se deparam com elevada frequência, constituindo-se como uma barreira vicariante da sua *praxis* clínica. Pretendemos com o presente estudo empírico averiguar a inter-relação entre a ansiedade vivenciada pelo *Par Relacional*, Encarregados de Educação – Crianças (3-6 A) que acederam a uma consulta de Odontopediatria na Clínica Dentária Universitária Egas Moniz, em dois momentos distintos; M1) consulta de *primeira vez* (G1/N=19), M2) consulta de *follow-up* (G2/N=22), com o recurso à aplicação de dois instrumentos que medem a ansiedade de estado em contextos de consultas Médico Dentárias, VPT Modificado (crianças) e, a versão portuguesa da MDAS (Encarregados de Educação). De acordo com os resultados obtidos, constatamos que não existe uma correlação significativa entre a ansiedade vivenciada pelos E.E. e a ansiedade manifestada pelas crianças, sendo a maioria das crianças consideradas como *livres de ansiedade* (56,1%) e a maioria dos Encarregados de Educação considerada como *moderadamente ansiosos* (56,1%). De relevar, contudo, que o procedimento de *injeção de anestésico local* se constitui, manifestamente, como o procedimento clínico referido pelos E.E. como indutor de uma maior ansiedade de estado. No mesmo registo, assinalamos o facto das crianças, em ambos os grupos, se manifestarem ligeiramente mais ansiosas nas consultas de *follow-up* (G2), apesar dos resultados obtidos não serem estatisticamente significativos. Consideramos, ainda, como relevância notória para as boas práticas ao nível da produção de cuidados, o facto de se adotar, eventualmente, no contexto das consultas de triagem da CDUEM, a aplicação de instrumentos de medição da ansiedade de estado em *setting* de consulta de Medicina Dentária.

**Palavras-chave:** Ansiedade de Estado vivenciada em *setting* de consulta; Odontopediatria; Escalas de Ansiedade; *Contágio Emocional* Encarregados de Educação-Criança.



## ABSTRACT

The anxiety suffered in Pediatric Dentistry appointments raise problems that Dentists face with high frequency, constituting a vicarious barrier of its clinical *praxis*. With the present empirical study we intend to ascertain the anxiety suffered correlation between the Rational Pair, carers – childers (3-6 O) that had access to an Pediatric Dentistry appointment in Clinica Dentaria Universitaria Egas Moniz (CDUEM) in two different moments; M1) first time appointment (G1/N=19), M2) follow-up appointment, using two instruments to measure the anxiety suffered in dental appointment settings – VPT Modified (children) and the Portuguese version of MDAS (carers). According to results it was found that there is no significant correlation between the anxiety suffered by the children and the anxiety suffered by the carers with most of the children in the study (56,1%) considered *free of anxiety* and most of the carers in the study considered as *moderately anxious*. However, the local anesthetic injection procedure constitutes the medical procedure referred by the carers as the most inductor of anxiety. On the same record we point the fact that children manifest slightly more anxious in follow-up appointments (G2), although results aren't statistically relevant. We consider the eventual application of instruments to measure the anxiety suffered in dental appointment settings notoriously relevant as good care practices in screening appointments at CDUEM.

**Key-words:** Anxiety in Dentist Appointment Setting; Pediatric Dentistry; Anxiety Scales; Carers-Children Emotional Contagion





## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	19
<b>PARTE I - MODELO TEÓRICO DA PESQUISA .....</b>	<b>21</b>
1.1. Sobre o conceito de <i>Contágio Emocional</i> .....	23
1.2. A Parentalidade: Um conceito em mudança .....	25
1.3. O <i>Setting</i> Terapêutico da Consulta Odontopediátrica .....	27
1.4. Formulação da Problemática em Estudo .....	29
1.5. Pertinência da Problemática Escolhida .....	34
<b>PARTE II - MODELO ANALÍTICO DA PESQUISA .....</b>	<b>43</b>
MATERIAIS E MÉTODOS .....	45
2.1. Do Objeto da Pesquisa .....	45
2.3. Sobre os instrumentos de pesquisa .....	48
2.2. A estratégia metodológica da investigação .....	53
RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	57
<b>PARTE III - MODELO INTERPRETATIVO DA PESQUISA .....</b>	<b>71</b>
CONCLUSÃO .....	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	77
ANEXOS .....	87





## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Distribuição do Nº de Sujeitos em relação aos valores de VPT Modificado .....	58
<b>Figura 2</b> - Distribuição da Ansiedade da Criança por grupos.....	58
<b>Figura 3</b> - Distribuição dos grupos de ansiedade dos E.E. ....	60
<b>Figura 4</b> - Distribuição de respostas face à questão " <i>Se amanhã fosse ao seu Médico Dentista para tratamento, como se sentiria?</i> " .....	61
<b>Figura 5</b> - Distribuição de respostas face à questão " <i>Se estivesse sentado na sala de espera (à espera de tratamento), como se sentiria?</i> " .....	62
<b>Figura 6</b> - Distribuição de respostas face à questão " <i>Se lhe estivessem prestes a brocar um dente, como se sentiria?</i> " .....	63
<b>Figura 7</b> - Distribuição de respostas face à questão " <i>Se lhe estivessem prestes a fazer uma destarização e polimento (limpeza), como se sentiria?</i> " .....	64
<b>Figura 8</b> - Distribuição de respostas face à questão " <i>Se estivesse prestes a receber uma injeção de anestesia local na sua gengiva, por cima de um molar superior, como se sentiria?</i> " .....	65
<b>Figura 9</b> - Distribuição dos valores obtidos no VPT Modificado de acordo com o género da criança .....	68



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos valores de <i>MDAS</i> .....	59
<b>Tabela 2</b> - Média dos valores obtidos por questão do <i>MDAS</i> .....	60
<b>Tabela 3</b> - Correlação entre os <i>valores condensados</i> da variável Ansiedade/Criança e a variável Ansiedade/ E.E. ....	66
<b>Tabela 4</b> - Correlação entre os valores obtidos no <i>VPT Modificado</i> e Idade da Criança .....	67



## **LISTA DE SIGLAS**

CDUEM – Clínica Dentária Universitária Egas Moniz

DAS – *Dental Anxiety Scale* / Escala de Ansiedade Dentária

E.E. – Encarregado de Educação

MDAS – *Modified Dental Anxiety Scale*

VPT – *Venham Picture Test*



## INTRODUÇÃO

A ansiedade de estado manifestada pelas Pessoas-Doentes quando associada às consultas de Medicina Dentária constitui-se como uma problemática de elevada pertinência ao nível da *praxis* clínica, assumindo-se também, como uma temática de relevância acrescida quando conotada com o nível da adesão terapêutica dos Doentes no âmbito da Saúde Oral. Por outro lado, configurando-se a ansiedade como uma problemática de etiologia multifatorial realçamos, ao longo da presente investigação, a ansiedade manifestada quando inter-relacionada com o *Contágio Emocional* no âmbito do par relacional Encarregado de Educação-Criança.

Delimitou-se, à partida, uma problemática específica – a ansiedade vivenciada no *setting* de consulta Odontopediátrica – e, como fator associado, a eventual ocorrência de *Contágio Emocional* da ansiedade, vivenciada entre as Crianças e os seus Encarregados de Educação. A motivação central para a escolha deste objeto de estudo prende-se, ainda, com a deteção/triagem do papel da ansiedade vivenciada no contexto da relação Médico Dentista-Criança e as repercussões inerentes ao nível da adesão terapêutica dos sujeitos.

Nesta linha de investigação, foi aplicado um instrumento denominado VPT Modificado a 19 crianças entre os 3 e os 6 anos de idade que compareceram pela *primeira vez* (G1) a uma consulta de Odontopediatria da CDUEM, e a 22 crianças entre os 3 e os 6 anos de idade que compareceram a uma consulta de *follow-up* (G2). Um outro instrumento, a versão portuguesa da *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS), foi também aplicado aos respetivos E.E. que acompanhavam as crianças às referidas consultas.

A primeira parte da narrativa científica da presente investigação tem como suporte básico a apresentação da fundamentação teórica que se constitui como o Modelo Teórico da Pesquisa, sendo configurado por um primeiro capítulo, no qual se reflete o conceito denominado por *Contágio Emocional*, e um segundo capítulo, onde são desenvolvidas questões conotadas com o atual conceito de *Parentalidade*. No terceiro capítulo da dissertação, procede-se à formulação da problemática em estudo, formulando-se também, a questão orientadora principal que emoldura esta investigação. Finalizamos a primeira parte da dissertação com um quarto capítulo, no qual é relevada a pertinência da problemática que fundamenta o presente projeto empírico.

A segunda parte abrange a apresentação do Modelo Analítico da Pesquisa que contém, no primeiro capítulo, a explanação do objeto de pesquisa e a formulação dos principais objetivos orientadores da presente investigação. No segundo capítulo, são descritos e retratados os principais instrumentos de pesquisa selecionados ao nível da problemática da ansiedade de estado, no contexto da consulta de Medicina Dentária. No terceiro capítulo, procedemos à apresentação da estratégia metodológica adotada no presente estudo, e finalizamos a segunda parte com o quarto capítulo, no qual são descritos e discutidos os resultados obtidos à luz da literatura científica consultada.

Na terceira parte da investigação emerge o Modelo Interpretativo da Pesquisa, encerrando com um capítulo no qual se elabora a conclusão, sendo também apresentados os limites e os alcances, orientadores de futuros terrenos empíricos.

## PARTE I

---

### **Modelo Teórico da Pesquisa**



### 1.1.Sobre o conceito de *Contágio Emocional*

As emoções são, intrinsecamente, omnipresentes nas relações humanas, considerando-se que operam a um nível *Biopsicossocial*, direcionando a *Pessoa* para percepções, cognições e respostas comportamentais específicas (Lundqvist, 2008). Já em 1896, Gustave Le Bon (Le Bon, 1896), foi pioneiro na concepção da ideia de que as emoções podiam ocorrer no âmbito de um grupo, ou seja, que a consciência individual das pessoas que constituem uma multidão pode ser partilhada por uma *mente coletiva*, na qual os sentimentos e emoções tomam a direção proposta por um líder, através de um mecanismo de *Contágio Emocional* que pode ser, eventualmente, comparado a um estado hipnótico (Gouveia, Guerra, Santos, & Singelis, 2007). Sendo assim, o conceito de *Contágio Emocional* parece ser referente a um estado emocional vivenciado pelo sujeito como resultado direto da percepção do estado emocional de uma outra *Pessoa*, sendo a intensidade da emoção do observador elevada, autodirigida e consciente ou subconsciente; ou seja, o *Contágio Emocional* compreende uma tendência para imitar e sincronizar automaticamente expressões, vocalizações, posturas e movimentos com os de outras pessoas, convergindo emocionalmente, sendo considerado o primeiro estágio de resposta empática em seres humanos (Cardeña, Terhune, Lööf, & Buratti, 2009; Gouveia et al., 2007; Hatfield, Cacioppo, & Rapson, 1993; Lundqvist, 2008; Wild, Erb, & Bartels, 2001). De relevar que o *Contágio Emocional* acontece através de vários canais de comunicação não-verbal, contemplando uma ampla panóplia de expressões faciais e vocais que podem ser contagiadas (Lundqvist, 2008).

Por oposição, uma resposta empática consiste na capacidade de identificar emoções e pensamentos de outra pessoa respondendo-lhes com uma emoção apropriada, diferenciando-se, assim, do *Contágio Emocional*, na medida em que a empatia envolve a conscientização do *Outro* e da sua emoção. Pelo contrário, o *Contágio Emocional* não exige essa mesma consciência, apenas exige a vivência de uma emoção similar (Gouveia et al., 2007; Nilsson, 2003). Para além disso, o *Contágio Emocional* envolve a existência de um sentimento real e a empatia não. Na empatia a distinção entre o *Eu* e o *Outro* é preservada enquanto que no *Contágio Emocional* tal não acontece (Nilsson, 2003), existindo uma clara distinção entre o fenómeno denominado de *Contágio Emocional* ou empatia primitiva, e processos mais cognitivos, sofisticados e socialmente significativos, como a empatia e a simpatia (Hatfield et al., 1993).

As pessoas têm tendência a imitar as expressões faciais, expressões vocais, posturas e comportamentos dos que as rodeiam e a captar as emoções dos *Outros* como consequência das mesmas (Hatfield et al., 1993; Wild et al., 2001). A importância do Contágio Emocional nas relações humanas prende-se com o facto de que este promove a criação de um sincronismo comportamental e uma atualização constante dos sentimentos do *Outro*, mesmo quando o *Outro* não está a transmitir, explicitamente, essa informação (Hatfield et al., 1993). Este mesmo sincronismo pode estar na base da empatia primária e na compreensão das emoções dos *Outros*, bem como na base de mecanismos de grupo (Cardeña et al., 2009).

Uma emoção é constituída por diversos componentes, nomeadamente: i) consciência; ii) expressão vocal, facial e postural, iii) atividade do sistema nervoso, iv) comportamento propriamente dito (Gouveia et al., 2007; Hatfield et al., 1993). Cada um dos componentes, individualmente, não é capaz de produzir sentimento, sendo que apenas a sua combinação produz a experiência (Gouveia et al., 2007).

O *Contágio Emocional* primário consiste na tendência a imitar automaticamente e sincronizar expressões, vocalizações, posturas e movimentos com aqueles que nos rodeiam e, conseqüentemente, convergir emocionalmente com *Eles* (Cardeña et al., 2009; Hatfield et al., 1993; Wild et al., 2001). Em concordância, o que subjetivamente pensamos e o que sentimos pode dar-nos uma informação valiosa sobre os que nos rodeiam, sendo que, as avaliações conscientes sobre o que os *Outros* estão supostamente a sentir são fortemente influenciadas pelo que os *Outros* dizem, contudo, as emoções próprias de cada um são principalmente influenciadas pelas expressões não-verbais dos *Outros* (Hatfield et al., 1993), existindo uma relação direta entre a intensidade das expressões evocadas pelo emissor e as emoções evocadas no recetor (Cardeña et al., 2009). O *Contágio Emocional* tem, também, sido relacionado com uma maior reatividade, emotividade, sensibilidade para com os *Outros*, autoestima e empatia, bem como a uma menor alienação, assertividade e estabilidade emocional (Cardeña et al., 2009); podendo ser considerado como um processo que envolve três etapas: a perceção da expressão facial que ativa a mímica facial; a mímica facial, por sua vez, origina um *feedback* aferente dos recetores faciais ou estruturas nervosas envolvidas nos movimentos faciais que, por sua vez, evocam emoções (Hatfield et al., 1993; Wild et al., 2001). No mesmo registo e de acordo com Hatfield e colaboradores, são considerados como mecanismos de *Contágio Emocional*: i) a imitação (que funciona praticamente com um reflexo), ii) o *feedback* do *Outro*, iii) e o contágio propriamente dito (Hatfield et al., 1993). Por outro lado, Cardeña e colaboradores identificaram uma relação positiva entre o *Contágio*

*Emocional* e características empíricas associadas à hipnose, realçando a importância da afetividade na resposta hipnótica, sendo que o estado hipnótico pode envolver uma tendência geral para se ser influenciado pelas emoções dos *Outros*; deste modo, o estado hipnótico pode ser um bom *laboratório empírico* para o estudo do *Contágio Emocional*, especialmente se considerarmos que a inconsciente imitação de posturas e gestos promove a harmonia e a associação de ideias. Assim, esta relação pode ser de tal modo forte ao ponto de, eventualmente, sugerir que, a hipnose e o *Contágio Emocional* podem ter, como base, um ou vários mecanismos similares apesar de serem diferentes em aspetos bastante relevantes (Cardeña et al., 2009).

Devido ao papel central que as expressões emocionais das crianças têm ao nível do seu desenvolvimento emocional e social, torna-se importante compreender a forma como os pais podem promover ou inibir respostas inadequadas (Valiente et al., 2004). Emoções negativas expressas pelos pais afetam a reatividade emocional das crianças, a qualidade e segurança das relações, a sua própria representação e a do mundo social que os rodeia; existindo evidências que apontam no sentido de que a expressão ou regulação de emoções por parte da criança medeia a relação entre a expressão das emoções dos seus pais e as competências da integração social da criança (Valiente et al., 2004). A consciência da existência do fenómeno denominado por *Contágio Emocional* e do fenómeno associado à descodificação emocional, pode fornecer-nos informações valiosas com vista à compreensão da comunicação inter e intra pessoal, bem como à compreensão de fenómenos como a supremacia de Hitler e a transmissão do ódio, e Martin Luther King e a transmissão de uma mensagem de amor, que influenciaram multidões a segui-los (Hatfield et al., 1993).

## **1.2. A Parentalidade: Um conceito em mudança**

A componente emocional é, porventura, a estrutura básica que melhor caracteriza a natureza intrínseca da *Parentalidade* (Cruz, 2005). Os primeiros estudos sistemáticos da relação pais-criança surgiram no período que sucedeu à Segunda Guerra Mundial, no âmbito de um estudo do *Fels Research Institute* (Cruz, 2005).

É notório que os pais desempenham um papel fulcral no desenvolvimento psicossocial dos filhos, pois estão intimamente ligados, tanto a nível da transmissão de características genéticas como de características ambientais; embora o pai e a mãe sejam as pessoas com maior influência na formação identitária da criança é, de uma maneira geral, dado maior

ênfase à figura materna porque mantém um contacto mais próximo com a criança, contacto esse que é iniciado logo no percurso pré-natal (Rodrigues, Corrêa, & Mattos-Graner, 1998).

Por outro lado, sempre que o Médico Dentista trata uma criança, corre o risco de se deparar com pais muitas vezes não cooperantes e compreensivos, mostrando-se extremamente cautelosos e demasiado cuidadosos, constituindo um fator de destabilização para o tratamento dentário. Assim, existe uma crescente necessidade de promoção da conscientização dos pais em relação à importância do tratamento Médico-Dentário, mostrando as implicações do não-tratamento ou do adiar do tratamento, explicando que, muitas vezes, não há escolha relativamente ao momento mais oportuno para o procedimento e que este poderá ter que ser realizado mesmo que a criança não colabore (Corrêa, Guedes-Pinto, & Echeverria, 2010). O impacto das emoções no comportamento parental está, aparentemente, dependente dos processos de regulação emocional, e esta parece incluir três elementos fulcrais: i) o conhecimento e a compreensão das próprias emoções; ii) a avaliação das consequências da manifestação das emoções e iii) as estratégias de autocontrolo (Cruz, 2005).

Na verdade, a ansiedade relacionada com a separação materna observa-se, pela primeira vez, por volta dos 6 a 8 meses sendo que, com o desenvolvimento, as crianças vão-se tornando mais autónomas. No entanto, em situações tensas como a visita a lugares estranhos (como o consultório Médico-Dentário), a criança reage de forma mais dependente agarrando-se aos pais, ou necessitando de contacto próximo até que se sinta novamente segura; quando familiarizada com um determinado ambiente, a criança volta a reagir de forma mais independente e autónoma (Rodrigues et al., 1998).

Para que a presença dos pais no consultório seja considerada benéfica, os mesmos devem ser orientados, pelos profissionais de saúde, de modo a que se mantenham como observadores, evitando conversação com os filhos e deixando que o profissional conduza a consulta (Corrêa et al., 2010; Rodrigues et al., 1998). A presença dos pais poderá ser prejudicial para o estabelecimento de uma relação harmoniosa entre o Médico Dentista e a criança se os pais forem muito ansiosos, inseguros ou aquando da inexistência de um ambiente familiar satisfatório, podendo os pais transmitir tais sentimentos negativos aos seus filhos (Corrêa et al., 2010; Rodrigues et al., 1998). Quando a criança se encontra acompanhada pelos pais, no interior do próprio consultório, o Médico Dentista deve deixar, bem claro, desde o início, para a criança e, principalmente, para os pais, que não pode haver

qualquer dúvida sobre o facto de que é o Médico Dentista quem controla e comanda o *setting* da consulta (Rodrigues et al., 1998).

Mas será que os pais transmitem ansiedade aos seus filhos de forma unidirecional? Durante muito tempo os psicólogos perspetivavam as crianças como recetores mais ou menos passivos do meio em que estavam integradas (Cruz, 2005) sendo que, com o passar dos anos têm-se vindo a adotar perspetivas mais bidirecionais relativas a esta direccionalidade, no sentido de enfatizar o papel ativo da criança e do meio que envolve a díade pais-filho. Assim, o comportamento parental está, aparentemente, dependente da relação entre fatores relacionados com a criança (género, idade, personalidade) e com o contexto específico (*setting*) no qual ocorre a interação (local, comportamento específico) bem como de fatores inerentes à própria personalidade dos pais, formação e a comunidade em que a família está integrada, emergindo assim, um contexto que assume os pais e os filhos como agentes interdependentes e ativos, que não só se influenciam mutuamente, como são influenciados pelo sistema cultural que os rodeia (Cruz, 2005).

### **1.3.O *Setting* Terapêutico da Consulta Odontopediátrica**

O *setting terapêutico* do consultório contribui para o aumento da sensação de ansiedade (Possobon, Carrascoza, de Moraes, & Costa, 2007), sendo a perceção subjetiva da criança sobre o *setting* terapêutico da consulta de Medicina Dentária o fator determinante no que toca à aquisição de medo (Ten Berge, Veerkamp, & Hoogstraten, 2002): a criança vê-se rodeada de adultos, conhecidos e desconhecidos, em ambiente desconhecido, os equipamentos, os sons, o odor, a posição em que a criança deve estar na cadeira (Marques, Grandvohl, & Maia, 2010; Menezes, Moré, & Cruz, 2008).

Um estudo de Reis, Dias e Leal, que analisou o desenho representativo do *setting* da consulta de Odontopediatria de 261 crianças, observou que 83,9% compôs um *setting* terapêutico; apenas 10,8% desenhou dentes (45% dentes antropomorfizados e 55% dentes não antropomorfizados), 42,5% desenhou instrumentos (37,7% desenhou um tabuleiro de instrumentos e as restantes desenharam em 5,2% dos casos brocas, escovas e pasta dentífrica, espelho ou sonda exploratória), 70,4% desenhou mobiliário (a cadeira foi o mobiliário mais frequente), e 75,3% não delimitou uma casa/clínica/consultório, 43,8% representaram o

Médico Dentista e a criança enquanto que 28,8% representou apenas a criança, sendo que o Médico Dentista foi desenhado, na maioria das vezes, como uma figura completa (55,8%), de pé e de frente, com o rosto descoberto, de expressão feliz (67,9%), e vestido de forma indiferenciada (63%); por seu lado representam a criança, na maioria das vezes, como uma figura completa (51%), deitada (48,7%), de boca fechada (72,2%) e expressão indiferenciada (49,3%) (Reis, Dias, & Leal, 2011).

A idade pré-escolar é um período no qual a criança gosta de ser elogiada e tem tendência a emoções extremas, adora novidades, despende pouco tempo na realização de uma mesma atividade, exige troca rápida e constante de ações, precisa de regras que desafiem a sua imaginação e apega-se muito aos familiares, adora mostrar o que sabe fazer e descobre o prazer de brincar com outras crianças (Salomão, Martini, & Jordão, 2007). A criança já domina a linguagem e o faz-de-conta, expande a sua atividade motora ao máximo e, como tal, a imobilidade de uma cadeira torna-se praticamente insuportável, (Giglio, Guedes-Pinto, Miranda, & Echeverria, 2010). Neste mesmo período, ocorre um grande desenvolvimento emocional e físico, havendo um aumento do medo que, no *setting* da consulta de Medicina Dentária, é exacerbado devido aos barulhos, movimentos inesperados, dor, pessoas novas e imagens ou cheiros estranhos (Tambellini & Gorayeb, 2003).

Apesar dos avanços no âmbito da Medicina Dentária, os instrumentos utilizados pelo Médico Dentista ainda desencadeiam medo nos doentes, pois estimulam diretamente os órgãos sensoriais podendo constituir ou recordar experiências desagradáveis, especialmente em tratamentos invasivos, gerando um medo objetivo (Bottan, Lehmkuhl, & Araújo, 2008). Neste sentido, mesmo crianças consideradas tranquilas, podem desenvolver ansiedade e começar a chorar ou ter comportamentos não colaborantes diante de situações inesperadas e ambientes desconhecidos, como várias que ocorrem no âmbito da consulta Médico-Dentária (Giglio et al., 2010; Marques et al., 2010).

Os procedimentos que mais evocam a ansiedade e o medo relativos à consulta de Medicina Dentária são as exodontias, anestesia, o preparo de cavidades em dentisteria, bem como o tempo de espera na receção (Berge ten, Veerkamp, Hoogstraten, & Prins, 2001; Kanegane, Penha, Borsatti, & Rocha, 2006; Kent, 1984; Marques et al., 2010; Possobon et al., 2007; Rayen, Muthu, Rao, & Sivakumar, 2006).

Para que ocorra uma diminuição da ansiedade relativa à aparatologia utilizada, devem ser apresentados à criança alguns dos instrumentos, satisfazendo a sua curiosidade, mostrando-

lhe e explicando-lhe como funcionam (Giglio et al., 2010); por exemplo, mostrar os movimentos da cadeira, a luz do refletor, o barulho da turbina e do contra ângulo, o espelho e a pinça.

#### 1.4. Formulação da Problemática em Estudo

A ansiedade consiste na resposta a uma situação na qual a fonte de *ameaça* não está bem definida, é ambígua ou não está objetivamente presente, ou seja, é uma reação a uma situação *não-imediata* (Cunha, Corrêa, & Alvarez, 2007; Dworkin, Ferrence, & Giddon, 1978; Goés, Domingues, Couto, & Barreira, 2010; Marques et al., 2010; Meira Filho, Araújo, Menezes, & Garcia, 2009; Milgrom, Weinstein, & Getz, 1995), que causa apreensão, desconforto e cria expectativas negativas ao doente (Dworkin et al., 1978; Kanegane et al., 2006; Marques et al., 2010) ou, de acordo com o DSM-V, “uma antecipação apreensiva de futuro perigo ou desgraça, acompanhada por um sentimento de disforia ou sintomas somáticos de tensão” (APA, 2013; Lopes, Ponciano, Pereira, Medeiros, & Kleinknecht, 2004), funcionando de forma antecipatória relativamente a um estímulo conhecido ou não, ou seja, o indivíduo começa a ficar ansioso ainda antes de ser exposto ao estímulo, por exemplo, a criança pode ficar ansiosa ainda em casa ou a caminho do consultório apenas por saber que vai à consulta de Medicina Dentária.

A ansiedade, de acordo com a perspectiva de diversos autores, é composta por três componentes: i) motor (reações motoras externas), ii) cognitivo (pensamentos do indivíduo), iii) fisiológico (respostas fisiológicas como aumento da frequência cardíaca, da tensão muscular e da sudação, entre outros) (Bottan et al., 2008; Dworkin et al., 1978; Kent, 1984; Milgrom et al., 1995; Soler, Coscolín, Ellacuria, & Roig, 2003). A síndrome ansiosa é provocada por agentes externos, contudo, são fatores internos (recordações de experiências negativas anteriores, ideias e fantasias), e o grau de ansiedade que estes provocam que vão determinar a reação ansiosa (Marques et al., 2010). Uma das suas características é a sensação de o doente não saber porque é que está ansioso (v.g. “Eu não sei bem porquê mas fico sempre nervoso quando tenho que ir ao dentista” (Dworkin et al., 1978)). Deste modo, pode ser ainda mais complicado para o Médico Dentista perceber a fonte da ansiedade (Dworkin et al., 1978), realçando-se a importância de o Médico Dentista saber reconhecer e identificar os sinais de ansiedade de modo a saber adaptar-se, no sentido de tentar ajudar o seu doente a

ultrapassá-la. Em concordância, a ansiedade abrange pensamentos catastróficos ou de incompetência pessoal e, tal como o medo, conduz a um aumento do estado de alerta, à sensação de constrição respiratória que pode conduzir à hiperventilação e consequente alcalose, a tensão muscular, podendo causar dor, tremor, e inquietação, bem como variáveis sensações de desconforto somático decorrente da hiperatividade do sistema nervoso autónomo (Lopes et al., 2004). Estas reações fisiológicas podem, inclusivamente, gerar ainda mais ansiedade na criança como se tratasse de um efeito de “bola de neve”.

Todos os seres humanos são propensos a um certo grau de ansiedade *normal* ou *inevitável* (Giglio et al., 2010; Plummer, 2010), desde a altura do seu nascimento, que servirá para preparar as crianças para suportar melhor a ansiedade comum que a vida lhes apresentará ao longo dos anos subsequentes. Assim, a questão patológica da ansiedade prende-se, aparentemente, com fatores quantitativos e não com fatores qualitativos (Giglio et al., 2010).

O DSM-V considera como principais distúrbios de ansiedade: distúrbio de pânico, agorafobia, distúrbio obsessivo-compulsivo, fobia social, distúrbio de ansiedade generalizada, fobia específica e *stress* pós-traumático, transtorno de ansiedade de separação, e o mutismo seletivo (APA, 2013).

Segundo Weiner e Sheehan, os indivíduos que sofrem de ansiedade podem ser classificados como exógenos (a ansiedade é desenvolvida como consequência de experiências diretas ou indiretas) ou endógenos (a ansiedade é uma componente de uma vulnerabilidade constitucional a distúrbios ansiosos evidenciada por medos múltiplos, ansiedade generalizada ou crises de pânico) (Weiner & Sheehan, 1990). A *Ansiedade de Contágio* de que tratamos nesta investigação relaciona-se, essencialmente, com a ansiedade de cariz exógeno, quer por experiência diretas, como anteriores visitas ao Médico Dentista ou a outros profissionais de saúde, quer por experiências indiretas, das quais se podem realçar os relatos de familiares e dos pares relativos a experiências anteriores.

O medo, por seu lado, consiste numa emoção básica, estando associado a uma resposta súbita a um perigo imediato, no qual o corpo se prepara para uma resolução da situação (Lopes et al., 2004), pode ser classificado como de natureza objetiva (direto ou indireto) e subjetiva (Bottan et al., 2008; Giglio et al., 2010; Marques et al., 2010). O medo objetivo direto é manifestado quando a experiência anterior negativa ocorre no âmbito do tratamento Médico-Dentário (Giglio et al., 2010; Marques et al., 2010). O medo objetivo indireto é o

medo oriundo de experiências negativas em ambientes semelhantes ao da consulta Médico-Dentária, promovendo uma inter-relação direta (v.g. farmácia, consulta de medicina geral) (Bottan et al., 2008; Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Giglio et al., 2010). Assim, o medo subjetivo é proveniente de relatos de experiências vividas desagradáveis, no âmbito da consulta de Medicina Dentária ou semelhante, transmitidas por pais, familiares ou amigos (Bottan et al., 2008; Giglio et al., 2010; Marques et al., 2010). A maioria dos Profissionais de Saúde considera o medo subjetivo mais difícil de contornar que o medo objetivo, por não existirem dados concretos ou objetivos que justifiquem o medo da criança (Giglio et al., 2010). Podemos, então, considerar, como o tipo de medo maioritariamente responsável pela *Ansiedade de Contágio*, o medo subjetivo relacionando-se com a aprendizagem empática. Contudo, tanto o medo objetivo direto como o indireto podem constituir fatores preponderantes para o desenvolvimento de ansiedade Médico-Dentária.

É importante realçar que o que determina a reação a uma situação não é o ponto de vista ou julgamento em relação a uma determinada ameaça, mas sim o resultado da percepção pessoal da situação por parte do indivíduo, baseada nas suas experiências passadas associadas a uma interpretação da situação presente (Lopes et al., 2004). Neste sentido, crianças com experiências negativas e historial Médico-Dentário relevante, apresentam níveis mais altos de ansiedade no âmbito da consulta de Medicina Dentária que os demais uma vez que, tais experiências, promovem a criação de uma associação entre a consulta, a dor e o sofrimento (Bottan et al., 2008; Goés et al., 2010; Possobon et al., 2007). Por outro lado, o medo, que faz parte do desenvolvimento infantil e da infância normal é, em geral, de caráter transitório (Goés et al., 2010; Lopes et al., 2004) estando relacionado com as estratégias, defensivas, que ocorrem em resposta a um perigo externo real e imediato que ameaça a integridade do indivíduo (Dworkin et al., 1978; Kanegane et al., 2006; Meira Filho et al., 2009; Milgrom et al., 1995).

O medo do Médico Dentista e/ou da consulta de Medicina Dentária, bem como os seus efeitos a nível do comportamento, são já objetos de estudo amplamente desenvolvidos existindo pesquisas, publicadas em literatura especializada, que datam de 1891 (Bottan et al., 2008). Especialmente desde inícios do século XXI, podemos constatar um aumento significativo do volume de pesquisas nesta área, com o objetivo de promover o desenvolvimento de estratégias que minimizem o impacto desta problemática na Saúde Oral de crianças e adultos (Bottan et al., 2008).

O medo e a ansiedade não são exclusivos do tratamento Médico-Dentário, estando também relacionados com outros tratamentos de saúde em geral. Contudo, o medo do Médico Dentista tem vindo a ser caricaturado como um dos mais frequentes e intensamente vivenciados parecendo existir, frequentemente, a crença coletiva de que no tratamento Médico-Dentário serão submetidos a algum tipo de desconforto (Possobon et al., 2007).

Aparentemente, o medo vivenciado na infância é maioritariamente causado por condicionamento direto e por aprendizagem empática enquanto que o medo com início na idade adulta está maioritariamente relacionado com fatores psicológicos (Berge ten et al., 2001). Assim, tanto o medo como a ansiedade, no âmbito da consulta de Medicina Dentária, são adquiridos e parecem ser desencadeados por três fatores: novidade, insegurança e expectativa (Cunha et al., 2007). A ansiedade infantil e parental, o comportamento da criança nos procedimentos anteriores e a experiência de dor dentária parecem influenciar fortemente o comportamento da criança no consultório Médico-Dentário (Cunha et al., 2007). Neste registo, num estudo de 2009, dos 24% das mães que declararam ter medo do Médico Dentista, 70% referiram que os seus filhos também eram temerosos relativamente à Medicina Dentária (Meira Filho et al., 2009). Por seu lado, num estudo de 2001, aquando da inquirição dos pais relativamente às causas do medo dos filhos, estes atribuem-nas a tratamentos dolorosos e invasivos (37%), historial de internamentos e problemas médicos (19%), à personalidade da criança (16%) e ao comportamento do Médico Dentista (13%); apenas uma pequena minoria (5%) atribui a origem do medo a fatores sociais como o medo dos pais/tutores, e 7,5% referem desconhecer as causas dos temores das crianças não parecendo haver grande diferença do medo entre idades (Berge ten et al., 2001), ou seja, aparentemente, os pais que são ansiosos tendem a saber identificar essa mesma ansiedade, nos seus filhos contudo, os pais em geral, quando questionados relativamente à causa dessa mesma ansiedade parecem não reconhecer o *Contágio Emocional* pais-filho como uma causa preponderante. Ainda neste estudo, no que toca à prevenção do medo, concluiu-se que, para os pais cujas crianças revelam baixos níveis de medo da consulta de Medicina Dentária, a causa dessa ausência de medo se devia à empatia do Médico Dentista (34%), à adequada orientação dos pais (30%), à ausência de experiências dolorosas (14%) e à personalidade da criança (14%); por outro lado os pais cujas crianças revelavam altos níveis de medo da consulta de Medicina Dentária deram mais relevância ao comportamento e abordagem do Médico Dentista (67%) e à orientação dos pais (19%). Ou seja, a maioria dos pais das crianças que têm mais medo atribuem-no a fatores externos que eles mesmos não conseguem

controlar, enquanto que, os pais das crianças menos temerosas se consideram mais interventivos e ativos, sentindo que podem influenciar e modificar as atitudes e os medos da criança no que toca à consulta de Medicina Dentária. Tal pode estar relacionado com o facto de, por se sentirem incapazes de influenciar ou ajudar as crianças a prevenir ou ultrapassar os seus medos, os pais se sintam impotentes e atribuam a fatores externos, sendo este facto suportado por estudos que concluem que os pais das crianças mais temerosas terão vivenciado, no passado, experiências negativas no que diz respeito às consultas de Medicina Dentária, em comparação com os pais das crianças menos temerosas (Berge ten et al., 2001).

A diferença entre o medo e a ansiedade reside, essencialmente, no imediatismo do estímulo (a ansiedade funciona pré-estímulo e o medo é pós-estímulo) (Öhman, 2000), e no facto de a pessoa com medo, contrariamente à pessoa com ansiedade, ser capaz de localizar o agente ameaçador e reconhecer a clara presença de um comportamento que seja capaz de reduzir o perigo (Dworkin et al., 1978; Milgrom et al., 1995): ou seja, a ansiedade pode ser considerada um medo não controlado, não resolvido, no âmbito de uma situação não controlável (Öhman, 2000). A ansiedade é uma sensação generalizada de desconforto enquanto que o medo é uma reação específica a um evento ou objeto específico neste sentido; uma pessoa pode, por exemplo, sentir ansiedade relativa à visita ao Médico Dentista e ter especificamente medo da realização de uma exodontia (Kent, 1984).

O choro é a primeira forma de comunicação da criança e, apesar de deixar muitos pais angustiados, o choro de crianças pequenas na consulta de Medicina Dentária não é mais que uma manifestação normal da ansiedade frente ao desconhecido, como tal, o Médico Dentista deve respeitar esta reação procurando apenas aliviar a ansiedade da criança e dos pais, mantendo igualmente a conversação com a criança, durante todo o procedimento, para que a criança perceba que este está atento aos seus sentimentos (Rodrigues et al., 1998).

A questão principal desta investigação poderá, então, ser formulada da seguinte forma: até que ponto a ansiedade parental pode influenciar a ansiedade infantil no *setting* da consulta Odontopediátrica? Sendo inerente a esta questão de base a necessidade do conhecimento de conteúdos associados à problemática da ansiedade e da formação no âmbito da psicologia infantil aos futuros Médicos Dentistas no sentido de minorar os efeitos destas ocorrências e, conseqüentemente, promover uma adesão terapêutica eficaz e, por esta via, uma melhoria das condições de Saúde Oral da população infantil.

### **1.5. Pertinência da Problemática Escolhida**

A ansiedade vivida na consulta de Odontopediatria é uma problemática com que os Médicos Dentistas se deparam com bastante frequência ao longo da sua prática clínica, constituindo-se como uma relevante barreira para as consultas Médico-Dentárias (Bottan et al., 2008; Goés et al., 2010; Possobon et al., 2007). Esta problemática tem sido reconhecida como o principal evento produtor de comportamentos não colaborantes (Aartman, van Everdingen, Hoogstraten, & Schuurs, 1998), sendo os comportamentos não colaborantes de crianças em idade pré-escolar, numa primeira consulta de Medicina Dentária, um dos problemas mais significativos no âmbito da Odontopediatria (Afshar, Nakhjavani, Mahmoudi-Gharaei, Paryab, & Zadhoosh, 2011; Possobon et al., 2007), possivelmente por, na maioria das vezes, ser nesta faixa etária que tem lugar o primeiro contacto com o Médico Dentista e com o *setting* terapêutico Médico-Dentário, existindo um maior ênfase ao fator *medo do desconhecido* e conseqüentemente, um aumento da ansiedade que poderá estar relacionada com uma diminuição da colaboração, apesar de ser essencial realçar que uma criança ansiosa pode ser uma criança colaborante, e que uma criança que não colabora não está, obrigatoriamente, ansiosa.

Aquando do estudo da ansiedade infantil, no âmbito da consulta odontopediátrica, não podemos descurar a mãe e o pai, estendendo ainda a avaliação ao ambiente familiar da criança porque, apesar de ser conhecido que o grau de ansiedade materna é um fator determinante para o comportamento infantil, outros familiares e amigos próximos podem influenciar diretamente as atitudes dessa mesma criança durante o tratamento, tornando-se essencial que o Médico Dentista seja capaz de detetar o problema e conduzir a situação de forma a neutralizar as influências potencialmente negativas com que se depara (Corrêa et al., 2010).

A aprendizagem adaptativa é feita pela observação dos que nos rodeiam (Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Kent, 1984) e, como tal, as crianças imitam frequentemente os seus pais e os seus pares e, através deles, adquirem bons e maus hábitos. Do mesmo modo, qualquer um de nós é capaz de ficar emocionalmente desperto através da observação de experiências e emoções dos que nos rodeiam; tal excitação emocional empática acontece, de forma ainda mais acentuada, quando conhecemos ou temos uma relação próxima com a pessoa que observamos. Assim, a ansiedade relativa à consulta de Medicina Dentária também

pode ser assim transmitida, sendo a principal fonte de aprendizagem empática a díade pais-filho. Ao ouvir os seus pais a falar dos seus medos e/ou ver reações adversas relativamente à consulta Médico-Dentária, as crianças podem adquirir o conceito de que “o Dentista deve ser evitado” bem como adquirir a reação emocional dos que os rodeiam a todo o conceito da Medicina Dentária (Corrêa et al., 2010; Dikshit, Limbu, & Bhattarai, 2013; Milgrom et al., 1995).

Uma das teorias que envolve esta aprendizagem tem na sua origem os estudos de Albert Bandura, criador da teoria de aprendizagem social, seguidora dos princípios behaviouristas; segundo esta, as crianças são capazes de aprender através da observação de pais e outros que lhes sirvam de modelos (aprendizagem observacional ou modelagem), ou seja, a aprendizagem da criança envolve não só os reforços positivos e negativos dados a ela própria como também os dados aos seus modelos (Bandura, 1977); do mesmo modo, as crianças não aprendem todos os comportamentos que observam necessitando para isso de assistir a tais comportamentos, retê-los, recuperá-los e reproduzi-los, ou seja, a criança tem que estar motivada para reproduzir tais comportamentos observados e, devido a isto, Bandura acabou por redefinir a sua teoria como Teoria Social Cognitiva (Bandura, 1986; Greig, Taylor, & Mackay, 2007).

Os estudos de Johnson e Baldwin foram dos primeiros a identificar a presença de uma correlação positiva entre a ansiedade materna e o comportamento da criança no *setting* Médico-Dentário (Johnson & Baldwin, 1968, 1969). No estudo realizado em 1969, a pesquisa empírica envolvia uma amostra de 67 crianças entre os 3 e os 7 anos de idade às quais se iria proceder a uma consulta básica de observação e profilaxia e respetivas mães, às crianças foi aplicada uma adaptação da *Frankl Behaviour Scale* e às mães foi aplicado um questionário que pretendia classificar as suas observações relativamente ao comportamento, passado e presente, dos seus filhos, em consultas de Medicina Dentária e a *Taylor Manifest Anxiety Scale* para medir o grau de ansiedade materna. Verificou que, na verdade, filhos de mães com elevados níveis de ansiedade apresentavam maiores taxas de comportamento não colaborante quando comparados aos filhos de mães não ansiosas (Johnson & Baldwin, 1969) e que, quando comparado a um estudo anterior dos mesmos autores (Johnson & Baldwin, 1968) no qual se procedia a uma exodontia na consulta, os resultados sugeriam que a natureza do procedimento não modificava o grau de influência da ansiedade materna no comportamento infantil (Johnson & Baldwin, 1969). No mesmo registo, Shoben e Borland (Shoben & Borland, 1954) e Forgione e Clark (Forgione & Clark, 1974) realizaram um estudo em que

compararam experiências de doentes com altos, baixos ou nenhuns níveis de ansiedade, tendo conseguido decifrar um padrão relevante: no grupo de maior ansiedade havia uma atitude mais desfavorável relativamente ao Médico Dentista por parte dos familiares dos doentes e mais relatos de experiências negativas por parte desses mesmos familiares (Kent, 1984).

Os pais podem e devem ter um papel importante na preparação das consultas, nomeadamente na preparação da primeira consulta, para tal, se a criança não conhece o Médico Dentista, os pais não deverão caracterizá-lo com demasiadas qualidades e dizer que “não vai doer” (v.g. “O Médico Dentista é teu amigo, não te vai fazer nada, não vai doer”), evitando a criação de falsas expectativas e a realização de falsas promessas. É essencial que a criança ganhe confiança e para tal nunca se poderá sentir enganada, sendo importante que os pais/E.E. enalteçam a importância da consulta de Medicina Dentária, de forma tranquila, deixando que os detalhes sejam fornecidos pelo Médico Dentista, utilizando frases curtas e poucos detalhes, evitando que os pais façam falsas afirmações e promessas (Corrêa et al., 2010). Esta preparação exige que os conselhos aos pais/E.E. sejam, idealmente, dados antes da primeira consulta dizendo que, caso a criança peça mais detalhes, estes deverão ser-lhe fornecidos evitando tocar em assuntos que possam ser dúbios; devem preparar-se os pais para que não fiquem inquietos se os seus filhos chorarem; devem ensinar-se os pais para que não tentem enganar a criança (nunca deverão dizer que vão a outro sítio que não à consulta de Medicina Dentária); se os pais prometerem uma recompensa mediante o comportamento na consulta, não deverão incluir nessa mesma promessa o Médico Dentista, devendo a criança ser ensinada a cooperar independentemente de vir a receber ou não quaisquer presentes; os pais devem deixar a criança expressar a sua curiosidade por tudo o que houver no consultório (devendo o Médico Dentista estar aberto a responder às suas questões); devem controlar os seus temores evitando relatar, na presença dos filhos, situações desagradáveis e evitar que outros o façam; devem ter a noção de que a cooperação da criança pode demorar a acontecer e, apesar disso, devem sempre demonstrar à criança que confiam no Médico Dentista; os pais não deverão intervir nas conversas entre o Médico Dentista e a criança, exceto quando solicitados; se for pedido aos pais que esperem pelo final da consulta na sala de espera, estes devem colaborar e fazê-lo sem questionar; quando a criança, no fim da consulta voltar à sala de espera, deve ser recebida com naturalidade sendo evitados comentários a respeito dos procedimentos realizados; devem estar informados de que, como técnica de controlo do comportamento, o Médico Dentista pode falar com um tom de voz mais alto para a criança; será recomendável que os pais tragam consigo uma muda de roupa de modo a que seja usada

em caso de sudorese excessiva, vômito ou urina e deve sugerir-se que, se possível, o acompanhante da criança à consulta seja sempre o mesmo (Corrêa et al., 2010).

Para o sucesso terapêutico, ao nível relacional, é essencial a criação de um vínculo terapêutico Médico Dentista-Doente. Tal vinculação ocorre de forma progressiva através do conhecimento mútuo, estabelecimento de limites e respeito às limitações do outro; uma vez superado o receio inicial prévio à consulta de Medicina Dentária, a criança passa à criação de um vínculo com o Médico Dentista e, até, a gostar das consultas, especialmente se os procedimentos necessários não forem invasivos (Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012). O conceito de *vínculo* remete para o facto de sermos corresponsáveis pelo que acontece na relação, ou seja, falar de *vínculo* na relação Médico Dentista-Doente implica que o Médico Dentista tenha a sua quota-parte de responsabilidade no que toca ao sucesso ou fracasso do atendimento, do ponto de vista relacional, todo o *vínculo* pressupõe a existência de emissor, recetor, codificação e descodificação de uma mensagem, sendo sempre *bicorporal* e podendo ser *tripessoal*, sendo fortemente influenciado pelas vinculações vivenciadas anteriormente pelos seus intervenientes (Marchioni, 2009), deste modo, a criação do vínculo envolve diretamente o Médico Dentista e a criança podendo ser influenciada por terceiros (como, por exemplo, os pais) e pelas experiências, positivas ou negativas, anteriores. Apesar da importância da vinculação é essencial que o Médico Dentista não confunda vinculação com apego, mantendo sempre um distanciamento emocional que possibilite a realização de todos os tratamentos necessários, mesmo os mais invasivos; a vinculação não deverá impedir a separação, pelo contrário, deverá libertar o Médico Dentista e o doente de modo a que estes se sintam mutuamente responsáveis por permanecerem ou não em relação; o vínculo é apenas profissional e o Médico Dentista poderá ser mas, não tem que ser amigo dos seus doentes, contudo deve estabelecer com eles uma relação que permita conhecê-los, permitindo que haja uma relação de confiança e, principalmente, conhecer o doente ao ponto de permitir reconhecer sinais relacionados a emoções que possam impedir o desenvolvimento harmonioso da consulta (Marchioni, 2009). Tal enfatiza não só que o doente deve ser encarado como um ser único com as suas características individuais, bem como a importância da formação do Profissional de Saúde, no sentido de, não só ser capaz de estabelecer uma relação de vínculo com o seu doente, como também de compreender e saber interpretar os sinais de linguagem não-verbal.

Koenigsberg e Johnson observaram que a relação entre a ansiedade materna e o comportamento da criança existia na primeira consulta (apenas de examinação), mas não nas

restantes (consultas de dentisteria), ou seja, que a experiência própria se sobrepõe à dos demais (Koenigsberg & Johnson, 1972), realçando mais ainda a importância de uma primeira impressão positiva, de uma primeira consulta tranquila e esclarecedora que permita estabelecer o início de uma relação de confiança entre o Médico Dentista e a criança. Uma mãe, que tenha vivenciado experiências negativas anteriores no âmbito de tratamentos Médico-Dentários e/ou que tenha ouvido relatos negativos dos mesmos, pode passar, até mesmo inconscientemente, estas ideias negativas ao seu filho, devendo o profissional estar extremamente atento à dinâmica da relação mãe-filho (Dikshit et al., 2013; Marques et al., 2010); devido a essas mesmas experiências negativas interpretará o tratamento do seu filho como mais ameaçador e agressivo (Cunha et al., 2007; Dikshit et al., 2013). É importante conhecer a ansiedade dos familiares próximos na medida em que permitirá estabelecer uma relação de confiança e segurança com o Profissional de Saúde permitindo, do mesmo modo, que este adote uma postura favorável com vista à diminuição da ansiedade parental desde o início do tratamento dos seus filhos (Corrêa et al., 2010; Cunha et al., 2007; Tomita, Junior, & de Moraes, 2007). Em concordância, nos casos em que o Médico Dentista se depara com ansiedade parental elevada deve produzir esforços no sentido de a minorar uma vez que tais esforços beneficiarão o doente pediátrico (Corrêa et al., 2010; Dikshit et al., 2013).

É na primeira infância que se desencadeiam a maioria dos problemas de medo e ansiedade dentária (Goés et al., 2010; Kanegane et al., 2006; Marques et al., 2010; Reis, Dias, & Leal, 2008), sendo que 60% dos casos de primeira experiência dentária negativa têm lugar na adolescência e, destes, 22,4% são mais propensos de vir a transmitir a ansiedade vivenciada àqueles que não a vivenciaram sequer (Locker, Liddel, Dempster, & Shapiro, 1999; Reis et al., 2008), sendo essencial ter em conta que a forma como a criança assimila a experiência Médico-Dentária é fulcral na formação das suas futuras expectativas e atitudes relativamente à Medicina Dentária como um todo (Meira Filho et al., 2009). A ansiedade poderá vir a ser uma barreira importante na procura e na realização da consulta Médico-Dentária (Bottan et al., 2008; Bottan, Silveira, Odebrecht, de Araújo, & de Farias, 2010; Cunha et al., 2007; Dikshit et al., 2013; Kanegane et al., 2006; Marques et al., 2010; Tomita et al., 2007), funcionando como um fator prejudicial à manutenção da Saúde Oral do doente e podendo ser, inclusivamente, considerado um problema de saúde pública (Lopes et al., 2004; Reis et al., 2011). Lauth observou que os doentes que têm medo de ir ao Médico Dentista esperam, em média, 17,3 dias com dores antes de ir à consulta, enquanto que os doentes que não têm medo esperam, em média, apenas 3 dias antes de o fazer (Lauth, 1971), revelando

portanto que, desde já há várias décadas se reconhece a forma como o “medo do Dentista” poderá afetar a Saúde Oral dos doentes.

As crianças entre os 3 e os 6 anos de idade apresentam 11,8 vezes mais chances de ter ansiedade na consulta do que as crianças com 7 ou mais anos de idade, possivelmente porque, com a idade, as crianças têm uma maior capacidade de controlar o medo, enquanto que as crianças mais pequenas têm um maior medo do desconhecido e do abandono (Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Goés et al., 2010).

Devido às particularidades do sistema endócrino e à imaturidade fisiológica do sujeito (Rayen et al., 2006), a ansiedade e o medo manifestam-se na criança através de reações comuns como o choro, a taquicardia, tremores, sudorese, tonturas, diarreias, irritabilidade e recusa do tratamento (Goés et al., 2010; Marques et al., 2010; Meira Filho et al., 2009; Rayen et al., 2006). Por norma, e de acordo com o normal desenvolvimento do ciclo vital, o medo vivenciado por crianças mais pequenas, decorrente das suas próprias limitações, deverá desaparecer com a maturidade com o passar dos anos e aumento da sua capacidade de compreensão (Giglio et al., 2010). Como tal, poderá existir uma associação entre o grau de ansiedade ao tratamento dentário e a caracterização do perfil de *Médico Dentista ideal*. Apesar da importância da sua função social, esta nem sempre é reconhecida devido à imagem do Médico Dentista, que magoa e destrói, que ainda faz parte do imaginário de muitos; é esta mesma imagem negativa que provoca, em muitos dos casos, o medo do tratamento dentário, realçando a ideia da importância da divulgação de uma imagem positiva da figura do Médico Dentista com vista à redução da ansiedade manifesta, especialmente junto de crianças e adolescentes (Bottan et al., 2010). Segundo o estudo de Bottan e colaboradores, para 697 crianças entre os 10 e os 16 anos de idade, as características pessoais do Médico Dentista (62,1%) são mais relevantes que as características profissionais (37,9%), independentemente do grau de ansiedade, sendo a importância das características pessoais cada vez mais evidenciada à medida que os níveis de ansiedade aumentam, realçando mais uma vez, a importância do estabelecimento de uma relação empática entre o Médico Dentista e o seu doente (Bottan et al., 2010). Num outro estudo, de Kleinknecht, Kplepac e Alexander, um teste aplicado a 487 crianças com mais de 6 anos observaram que as que relatavam um maior medo, atribuíam-no à falta de afeição por parte do Médico Dentista; por outro lado, as crianças que tinham menos medo referiam as características pessoais positivas do Médico Dentista como importantes (Kleinknecht, Kplepac, & Alexander, 1973). Em concordância, Costa e Moraes, destacaram que os doentes apontaram como aversivos aspetos relacionados

com a falta de interação entre o profissional e o doente sendo que os doentes realçavam ser desagradável “ter um estranho a mexer na minha boca” (Costa & de Moraes, 1994).

Os Médicos Dentistas tendem a julgar o doente como mais temeroso do que restantes observadores e apresentam tendência a julgar a cooperação da criança com base nos seus níveis de ansiedade, ou seja, uma criança cooperante, mas que esteja tensa pode passar despercebida, não recebendo auxílio com vista à minimização da sua ansiedade (Possobon et al., 2007). Pinkham ressalva que a ansiedade pode ser predisponente para comportamentos não colaborantes, mas que estes mesmos comportamentos podem ocorrer em crianças não ansiosas (Pinkham, 1993).

Uma boa comunicação é essencial para o estabelecimento de qualquer relacionamento Médico Dentista-criança e Médico Dentista-pais (Corrêa et al., 2010; Rodrigues et al., 1998); para além disso, o clínico deve estar atento não só à linguagem verbal como também à linguagem não-verbal, nomeadamente à da criança (expressões da face, mãos relaxadas ou presas à cadeira, batimentos cardíacos, choro), ou seja, a qualquer tipo de sinal de ansiedade (Rodrigues et al., 1998).

É muito importante que o Médico Dentista comunique com naturalidade, sorria, diga o que sente, se interesse pelo doente e que tenha mente aberta para reconhecer o que não domina, encaminhando e/ou procurando aprender. O respeito pelos doentes deverá estar constantemente implícito nas suas ações, tais como: não mentir, não prometer o que não pode cumprir, não bater, não ofender verbalmente, impor limites sempre que necessário e ouvir sempre o doente; devendo deixar claro que todos os sentimentos são permitidos mas que nem todas as ações são toleradas (Rodrigues et al., 1998). Do mesmo modo, o médico deve procurar compreender a linguagem de angústia do seu doente, ter atenção à terminologia utilizada e, especialmente, à possibilidade de interpretação errada dos termos utilizados, explicando o diagnóstico e plano de tratamento à criança e aos seus pais de modo a que estes o compreendam, tendo em conta numerosos fatores como a herança cultural, social, religiosa, nível socioeconómico e habilitações literárias (Helman, 1993).

Cabe, deste modo, ao Profissional de Saúde conhecer as causas destas problemáticas, sendo necessário para isso que tenha conhecimentos na área da psicologia pediátrica de modo a entender as necessidades efetivo-emocionais dos seus doentes, identificando e respondendo, de forma adequada, às reações físicas e psicológicas destes de forma a saber minorá-las para que se estabeleça uma boa comunicação com as crianças e os pais (Bottan et al., 2008, 2010;

Corrêa et al., 2010; Cunha et al., 2007; Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012; Goés et al., 2010; Marques et al., 2010; Meira Filho et al., 2009; Peinado, Boluda, Martínez, & López, 2008; Possobon et al., 2007; Reis et al., 2008), ganhando a sua confiança para que se possa dar continuidade ao tratamento, promovendo a criação e/ou manutenção da Saúde Oral da criança (Corrêa et al., 2010). Daí a importância de, ao longo da formação em Medicina Dentária, se dar a conhecer aos futuros Médicos Dentistas os fenómenos do medo e da ansiedade ao tratamento, bem como de estratégias que os minimizem (Bottan et al., 2008; Possobon et al., 2007), sabendo conhecer e controlar a sua própria ansiedade (Possobon et al., 2007), substituindo, gradualmente, uma Medicina Dentária tecnicista por uma Medicina Dentária mais humanística (Possobon et al., 2007; Rodrigues et al., 1998), realçando a ideia de que, a perceção do doente como um todo, com características pessoais específicas é fundamental para a boa comunicação e para o sucesso do tratamento Médico-Dentário (Rodrigues et al., 1998).

É essencial que se aja no sentido de minorar os comportamentos disruptivos relacionados com a ansiedade e o medo, uma vez que se verifica que, se tal não acontecer, há um aumento desta vivência com os tratamentos dentários posteriores, o que terá efeitos devastadores não só na Saúde Oral da criança como também na sua trajetória de vida (Aartman, van Everdingen, Hoogstraten, & Schuurs, 1996; Baier, Milgrom, Russell, Mancl, & Yoshida, 2004; Lopes et al., 2004; Marques et al., 2010; Possobon et al., 2007; Reis et al., 2008; Tomita et al., 2007; Venham, Gaulin-Kremer, Munster, Bengston-Audia, & Cohan, 1980).

Pode-se dizer que existe um ciclo vicioso, uma vez que uma experiência negativa pode ser resultado de uma debilitada Saúde Oral que irá exigir tratamentos mais custosos e demorados, ou seja, a falta de adesão à terapêutica provoca uma deterioração da Saúde Oral que obriga a tratamentos mais invasivos e a experiências negativas no âmbito da consulta de Medicina Dentária o que irá contribuir para a manutenção e agravamento do medo e da ansiedade (Bottan et al., 2008, 2010; Dikshit et al., 2013; Kanegane et al., 2006; Kent, 1984). Vários trabalhos atestam, inclusivamente, que indivíduos mais ansiosos relativamente ao tratamento dentário têm uma pior Saúde Oral que os demais (Abrahamsson, Berggren, Hallbrg, & Carlsson, 2002; Possobon et al., 2007; Vermaire, Jongh, & Aartman, 2008), enfatizando a ideia de que doentes com maiores níveis de ansiedade necessitam de uma atenção mais humanizada que funcione como um mecanismo de redução do impacto do medo e da ansiedade promovendo o fim deste ciclo (Bottan et al., 2008, 2010).

Em concordância, Colares e Caraciolo, verificaram que era o motivo da consulta que mais contribuía para a construção de uma imagem positiva ou negativa do Médico Dentista; se a criança ia à consulta apenas quando existia necessidade de tratamento ou sentia dor, transportava consigo uma vivência de experiências de Medicina Dentária associadas à presença de uma dor já instalada, o que favorece a exacerbação do medo e da ansiedade, levando a um adiamento de consultas e agravamento do estado clínico (Colares & Caraciolo, 2005).

Ressalva-se também, a importância da adoção de procedimentos preventivos que não só pretendem evitar a instalação/agravamento de doenças orais bem como, ao evitar tratamentos curativos mais invasivos, diminuem o medo por eles provocado (Possobon et al., 2007). No seguimento disto, tratamentos mais invasivos poderão necessitar de uma aplicação mais frequente de técnicas de controlo do comportamento agressivas que podem, do mesmo modo, estar funcionalmente relacionadas com a aquisição do medo (Possobon et al., 2007). Uma boa educação para a Saúde Oral, visitas regulares ao Médico Dentista, uma boa relação Médico-Doente e uma comunicação eficaz com os pais/E.E. são os fatores chave para o controlo da ansiedade infantil (Dikshit et al., 2013).

## PARTE II

---

### **Modelo Analítico da Pesquisa**



## MATERIAIS E MÉTODOS

### 2.1. Do Objeto da Pesquisa

A ansiedade no âmbito da consulta de Odontopediatria constitui-se como um fenômeno dinâmico que envolve variáveis diversas tais como o medo do desconhecido, nomeadamente no âmbito das consultas de primeira vez, ou aquando de novos tratamentos. A antecipação da dor, essencialmente relacionada com experiências anteriores negativas e o medo da separação materna, parece ser principalmente relevante em crianças em idade pré-escolar (Kent, 1984; Rayen et al., 2006) refletindo a sua interação psíquica, nomeadamente ao nível da cooperação da criança na consulta, por isso, o sucesso do tratamento parece estar intimamente relacionado com a capacidade do Médico Dentista para lidar com as questões emocionais do doente infantil (Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012).

No que diz respeito a níveis de ansiedade considerados normais, o Médico Dentista conseguirá contornar a situação através de palavras tranquilizadoras e do toque completado com a intenção de apoio e confiança (Giglio et al., 2010), realçando-se o lado humanista do tratamento, a atenção aos pequenos sinais que possam revelar que a criança está ansiosa, o reconhecimento de que mesmo uma criança colaborante pode estar ansiosa e a importância que um simples toque e uma conversa calma e esclarecedora pode ter, não apenas naquela sessão de tratamento, mas sim ao nível da adesão terapêutica geral e ao modo como, ao longo da sua vida, a criança irá encarar os *settings* clínicos em Medicina Dentária. Neste mesmo sentido, o grau de cooperação da criança no *setting* da consulta parece ser condicionado por diversos fatores tais como: o nível de desenvolvimento mental, a personalidade, as experiências anteriores, atitudes e crenças dos pais e pela conduta do Médico Dentista (Berge ten et al., 2001; Dikshit et al., 2013; Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Kent, 1984; Plummer, 2010; Rayen et al., 2006; Reis et al., 2008).

O processo denominado de *Contágio Emocional* acontece tanto dos pais para os filhos como dos filhos para os pais. A habilidade de as mães partilharem, empaticamente, as emoções dos seus filhos está intimamente ligada ao estabelecimento de laços afetivos primários e a um desenvolvimento socioemocional saudável (Ebisch et al., 2012). Num

estudo de Ebisch e colaboradores que incluiu uma amostra de 12 mães que presenciavam situações de *stress* dos seus filhos evidenciou um paralelismo entre os padrões de temperatura facial da díade, revelando evidências que corroboram a existência de uma partilha afetiva direta (Ebisch et al., 2012) contudo a amostra era reduzida e, como tal, não pode ser considerada representativa da população geral.

Neste sentido, a relação entre o medo e a ansiedade que acompanha a criança numa consulta Odontopediátrica e a presença desses mesmos receios vivenciados pelas mães foi comprovada em múltiplos estudos (Baier et al., 2004; Berge ten et al., 2001; Cunha et al., 2007; Dikshit et al., 2013; Kanwal, Jamil, & Khan, 2012; Kent, 1984; Meira Filho et al., 2009; Milgrom et al., 1995; Ramos-Jorge, Serranegra, Pordeus, & Paiva, 1999; Tomita et al., 2007), principalmente com crianças em idade pré-escolar (Berge ten et al., 2001; Cunha et al., 2007; Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012; Rayen et al., 2006), pelo facto de as crianças serem, naturalmente, mais dependentes das suas figuras parentais (Cunha et al., 2007). Para Lechner, a ansiedade materna chega mesmo a ser o principal fator determinante para o comportamento da criança em *setting* de consulta Odontopediátrica (Lechner, 1975), enaltecendo a importância do estabelecimento de uma relação harmoniosa entre o Médico Dentista, a criança e os E.E. (Corrêa et al., 2010; Marques et al., 2010; Meira Filho et al., 2009; Rodrigues et al., 1998; Tomita et al., 2007), de forma a que as figuras responsáveis pela criança se constituam como fortes aliados no processo de adaptação e cooperação da criança no campo de intervenção da Medicina Dentária (Cunha et al., 2007; Rodrigues et al., 1998), tanto ao nível da interiorização precoce de hábitos de higiene oral e de dieta, como ao nível da prevenção de tratamentos considerados invasivos (Rodrigues et al., 1998). Diversos autores consideram, também, a existência de uma relação entre o grau de ansiedade materna e a cooperação infantil na consulta de Medicina Dentária (Bankole, Aderinokun, Denloye, & Jeboda, 2002; Johnson & Baldwin, 1968; Meira Filho et al., 2009); nesta linha de entendimento, temos o estudo de Bankole e colaboradores, que avalia a relação entre a ansiedade da criança e da mãe e o comportamento da criança no decorrer das consultas, evidenciando-se que uma menor ansiedade materna propiciava, decisivamente, uma maior colaboração por parte da criança (Bankole, Aderinokun, Denloye, & Jeboda, 2002).

Klingberg e Berggren, ao investigarem a relação entre os problemas de Saúde Oral e comportamentais em crianças cujos pais apresentavam elevados níveis de medo do Médico Dentista, confirmaram a existência de uma relação entre o medo dos pais e o medo

apresentado pelos seus filhos quando sujeitos a situações semelhantes no âmbito das consultas de Medicina Dentária referindo também que crianças filhas de pais com níveis mais elevados de medo faltavam e cancelavam com mais frequência consultas e tinham maior probabilidade de abandonar o tratamento (Klingberg & Broberg, 1998). Por seu lado, Wright e colaboradores, num estudo com uma amostra de 124 mães de crianças entre os 3 e os 6 anos de idade, mostraram que mães que recebiam informações prévias tinham menos comportamentos reveladores de ansiedade e foram mais eficientes na solicitação de cooperação por parte dos seus filhos, tendo como consequência comportamentos mais colaborantes por parte das crianças (Wright, Alpern, & Leake, 1973), resultados estes também verificados por outros autores (Dikshit et al., 2013; Tomita et al., 2007), realçando a importância da educação para a saúde e do tempo dedicado, pelo Médico Dentista, ao esclarecimento de dúvidas parentais e, caso existam, da criança.

Numa investigação semelhante de Kanwal, Jamil e Khan, em que foram aplicadas a *Frankl Behaviour Scale* a 119 crianças entre os 5 e os 16 anos de idade e a MDAS aos seus pais biológicos, os resultados obtidos mostraram que, nesta amostra, a ansiedade parental influenciava significativamente o comportamento da criança na consulta de Medicina Dentária. Contudo, a idade das crianças não foi tida em conta aquando da correlação com os diferentes grupos de ansiedade parental, podendo esta ser considerada uma limitação deste estudo uma vez que o fator idade se constitui como preponderante para a ansiedade infantil (Kanwal et al., 2012). Em contradição, um estudo de Oliveira Moraes e Evaristo (Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012), que consistia na aplicação do VPT Modificado na sala de espera e avaliação do comportamento da criança durante a consulta de Odontopediatria, com recurso à *Frankl Behaviour Scale* a 50 crianças entre os 4 e os 9 anos de idade e a aplicação *Dental Anxiety Scale* aos respetivos E.E., revelou que, nesta amostra, 47,83% das crianças entre os 4 e os 6 anos de idade e 55,56% entre os 7 e os 9 anos revelou-se livre de ansiedade e 98% dos pais obteve pontuações equivalentes a níveis baixos e moderados de ansiedade; esta investigação encontrou relação entre os níveis de ansiedade infantil e a cooperação na consulta, mas não encontrou relação entre a ansiedade dos pais e a ansiedade das crianças (Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012). O presente estudo empírico apresenta semelhanças com os dois estudos anteriormente referidos por utilizar a MDAS com adultos, tal como o estudo de Kanwal e colaboradores (Kanwal et al., 2012) e por recorrer ao VPT Modificado para avaliar a ansiedade infantil, tal como no estudo Freitas Oliveira, Moraes e Evaristo (Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012).

Pretendemos, assim, com o presente estudo empírico, averiguar a relação entre *ansiedade do Encarregado de Educação* e a *ansiedade vivenciada pelas crianças* entre os 3 e os 6 anos que acedem a uma consulta de Odontopediatria na CDUEM avaliando, no mesmo registo, a possível existência intrínseca do fenómeno denominado de *Contágio Emocional* entre as crianças e os seus respetivos E.E. Do mesmo modo, avaliaremos a eventual existência de uma relação entre i) a *ansiedade da criança* e o *género*, ii) a *ansiedade da criança* e a *idade*, iii) a *ansiedade manifesta dos E.E.* e o *género*, iv) a *ansiedade do E.E.* e as suas habilitações literárias, v) a *ansiedade vivenciada pelas crianças* na consulta de *primeira vez* (G1) vs. a *ansiedade vivenciada numa consulta de follow-up* (G2).

### **2.3. Sobre os instrumentos de pesquisa**

As ciências comportamentais e sociais têm vindo a ganhar uma posição de destaque no âmbito das pesquisas no campo da Medicina Dentária (Ramos-Jorge & Pordeus, 2004); no que toca à investigação com crianças, a seleção dos instrumentos é deveras complexa e há que ter em conta vários fatores, nomeadamente, o seu estágio de desenvolvimento (Greig et al., 2007). Deste modo, para conhecer e avaliar a ansiedade no âmbito da Medicina Dentária tem-se utilizado técnicas projetivas, questionários e medidas de sinais fisiológicos que são de pouca utilidade para verificar a ansiedade infantil devido, exatamente, ao seu estágio de desenvolvimento e ao caráter multidimensional da ansiedade, cujas reações fisiológicas variam grandemente entre indivíduos (Cunha et al., 2007; Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012).

Os instrumentos que permitem quantificar a ansiedade (da própria criança e dos adultos), são extremamente relevantes, principalmente no âmbito de uma primeira consulta, pois permitem que o Profissional de Saúde preveja o comportamento da criança, se prepare e se adapte, no sentido do melhoramento da relação Médico-Doente; utilizando estratégias de diminuição da ansiedade e optar, se necessário, por diferentes métodos de controlo do comportamento da criança permitindo que se possam efetuar os tratamentos necessários no sentido de se promover um estado de Saúde Oral (Cunha et al., 2007; Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012; Goés et al., 2010; Marques et al., 2010; Rayen et al., 2006; Tomita et al., 2007). Os instrumentos utilizados para quantificar e qualificar a ansiedade e o medo configuram-se, de um modo geral, como

questionários em adultos e adolescentes e escalas em crianças (Tambellini & Gorayeb, 2003); tais instrumentos devem possuir um elevado grau de confiabilidade, validade e ser mensuráveis (Greig et al., 2007; Marques et al., 2010), funcionando como um método auxiliar para o atendimento da criança, no âmbito da consulta de Medicina Dentária (Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012).

No que toca aos instrumentos que medem a ansiedade infantil, podem diferenciar-se quatro tipos: (1) escalas psicométricas (v.g. questionários com escalas de resposta categóricas), (2) técnicas projetivas (v.g. questionários com escalas de resposta contínuas), (3) medidas fisiológicas (v.g. medição da frequência cardíaca) e (4) qualificação do comportamento durante a consulta. Contudo, estes quatro tipos podem, por sua vez, ser aglutinados em dois: técnicas baseadas em autoanálise (tipos 1 e 2) e técnicas baseadas na observação por parte de *Outros* (tipos 3 e 4) (Aartman et al., 1996).

Dos instrumentos mais utilizados para mensurar a ansiedade infantil no âmbito da Medicina Dentária relevam-se: *Frankl Behavior Scale* (Frankl, Shiere, & Fogels, 1962), *Dental Anxiety Scale* (Corah, 1969), *Venham Picture Test* (Venham & Gaulin-Kremer, 1979), *Taylor Manifest Anxiety Scale* (Marques et al., 2010). Os instrumentos que compreendem uma autoanálise têm, no que toca à investigação da ansiedade em crianças, revelado bons resultados uma vez que a ansiedade é um estado interior, baseado num processo cognitivo e não observável, neste sentido, a descrição dos eventos por parte do indivíduo providencia informação que não poderá ser acessível através de instrumentos mais objetivos (Venham & Gaulin-Kremer, 1979). Por outro lado, há que ter em conta que a validade de um instrumento de autoanálise depende, fortemente, da capacidade do sujeito de observar e diferenciar experiências afetivas e da sua capacidade de responder com honestidade realçando a importância de técnicas projetivas que permitam à criança que se expresse de forma não-verbal e de forma mais direta, minimizando a tendência para a negação da ameaça e para a existência de respostas “socialmente desejáveis” (Venham & Gaulin-Kremer, 1979).

Pelo contrário, os instrumentos que têm por base a observação e qualificação do comportamento durante a consulta têm como desvantagem o facto de considerarem que a não cooperação é sinónimo direto de ansiedade, enquanto que, em crianças entre os 4 e os 6 anos de idade, tal não se verifica, uma vez que a não cooperação pode dever-se a outros fatores como a ansiedade da separação parental e o medo do desconhecido. Para além disto, a

expressões corporais de medo e ansiedade podem variar grandemente entre diferentes crianças, dependendo não só da forma como a criança percebe o medo, mas também da motivação da criança para cooperar (Aartman et al., 1996).

No mesmo sentido, a medição de fatores fisiológicos parece ser controversa, uma vez que os aparelhos necessários, por exemplo, para a medição da frequência cardíaca podem ser, por si só, causadores de ansiedade e, além disso, a medição destes fatores é altamente suscetível a artefactos associados à movimentação da criança; contudo, estes instrumentos podem ser úteis aquando da medição da ansiedade em crianças em idades pré-verbais ou em crianças que não são capazes de se expressar cognitivamente (Aartman et al., 1996).

No âmbito da Odontopediatria, é considerado como instrumento mais utilizado ao nível da literatura científica, para avaliar a ansiedade de crianças em idade pré-escolar, o *Venham Picture Test* (Goés et al., 2010; Venham & Gaulin-Kremer, 1979); trata-se de um teste projetivo de autoanálise a partir de desenhos de figuras humanas, considerado de fácil e rápida administração (Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Kent, 1984). Este é composto por 8 pares de figuras, nos quais está representada a figura de um menino que expressa várias reações; a criança deverá apontar para aquela com que mais se identifica (Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012; Venham & Gaulin-Kremer, 1979). As ilustrações do teste VPT original não apresentam distinção de etnia ou género, apresentando apenas um menino de etnia branca cujo tamanho da cabeça é proporcional ao tamanho do corpo (Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012).

O VPT Modificado foi adaptado à população brasileira em 2004 por Ramos-Jorge e colaboradores, com vista à obtenção de melhor confiabilidade e validade relativamente ao teste VPT. Neste existem 4 personagens (uma para cada 8 pares de figuras), dois meninos e duas meninas, de etnia branca e negra, cujo tamanho da cabeça foi aumentado para que se possam ver mais facilmente as expressões (Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012). Consiste, deste modo, num conjunto de 8 pares de figuras, que apresentam várias reações e que devem ser apresentadas à criança, que deverá escolher, em cada par, aquela com que mais se identifica e que melhor reflete as suas emoções, apontando. À figura reveladora de sentimento negativo é atribuído um ponto e à figura representativa de um sentimento positivo não é atribuída qualquer pontuação, podendo obter-se uma pontuação final de 1 a 8 pontos (Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Goés et al., 2010; Marques et al., 2010).

Na pontuação obtida, após a aplicação do teste VPT modificado, releva-se que: 0 representa uma criança *livre de ansiedade*, de 1 a 3 corresponde a *baixo nível de ansiedade*, 4 a 6 a *médio nível de ansiedade*, e a pontuação entre 8 e 9 corresponde a uma criança *altamente ansiosa* (Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Ramos-Jorge & Pordeus, 2004). Este instrumento tem, deste modo, a vantagem de não apresentar um valor limitado no que toca à avaliação da ansiedade infantil devido ao seu vocabulário e à compreensão pouco desenvolvida por parte das crianças em idade pré-escolar (Goés et al., 2010). Os criadores do VPT defendem o seu uso em crianças entre os 3 e os 5 anos de idade (Goés et al., 2010).

Com recurso a instrumentos como o VPT e o VPT Modificado a ansiedade pode ser avaliada de modo simples, constituindo-se como instrumentos de administração rápida e de fácil compressão e aceitação por parte da criança (Freitas Oliveira, Moraes, & Cardoso, 2012; Ramos-Jorge & Pordeus, 2004; Venham & Gaulin-Kremer, 1979). Instrumentos desta natureza, que utilizam ilustrações para avaliação da ansiedade, são especialmente importantes na medida em que o desenho é uma das formas de comunicação humana mais primitiva (Di Leo, 1987; Fávero & Salim, 1995; Menezes et al., 2008; Reis et al., 2011), sendo que o desenho constitui parte essencial do crescimento e desenvolvimento, sendo indispensável para sensibilidade, criatividade e capacidade de transpor e transformar a realidade (Menezes et al., 2008).

Além do mais, estes instrumentos possibilitam um momento lúdico, aumentando a colaboração do doente infantil, sendo que o ato de brincar consiste numa atividade fundamental para o desenvolvimento da identidade e da autonomia, permitindo o desenvolvimento de capacidades como a atenção, imitação, memória, imaginação e socialização (Salomão et al., 2007); Vigotsky afirma ser enorme a influência do brinquedo no desenvolvimento de uma criança, sendo, através deste, que a criança aprende a agir numa *esfera cognitiva* e não numa *esfera visual externa*, dependendo das motivações e tendências internas e não de incentivos fornecidos por objetos externos (Vigotsky, 1989).

No que toca à medição da ansiedade em adultos, as técnicas utilizadas podem ser agrupadas em seis grupos: i) subjetivas (v.g. impressão clínica global baseada numa entrevista não estruturada), ii) sistemáticas (abordam a ansiedade nas mais variadas vertentes utilizando questionários), iii) focais (focam apenas um aspeto da ansiedade), iv) não-objetivas (testes projetivos), v) semiobjetivas (v.g. questionários em que os sinais e sintomas

específicos são apresentados bem como instruções para os quantificar), vi) objetivas (utilização de variáveis psicofisiológicas) (Lopes et al., 2004).

Os questionários mais utilizados para medir a ansiedade em adultos são a *Dental Anxiety Scale* de Corah, o *Dental Fear Survey* de Kleinknecht e o *Dental Anxiety Inventory* de Stouthard (Lopes et al., 2004), sendo, o mais utilizado, a *Dental Anxiety Scale*, desenvolvida por Corah (1969) (Bottan et al., 2008; Dikshit et al., 2013; Kent, 1984; Öst & Skaret, 2013); esta escala apresenta resultados fidedignos, tem uma aplicação rápida e fácil, revelando diagnósticos precisos (Cunha et al., 2007) em quatro questões: pede-se aos doentes que assinalem, com um círculo, a hipótese que melhor representa o que sentem; a cada uma das hipóteses dá-se um valor de 1 a 5 de modo a que se obtenha, no final, uma pontuação de 4 a 20. Uma pontuação entre 13 e 14 deve deixar o Médico Dentista alerta para potenciais complicações relacionadas com a ansiedade do doente e, uma pontuação igual ou superior a 15, corresponde a uma ansiedade muito elevada (Bottan et al., 2010; Corah, 1969; Kent, 1984; Öst & Skaret, 2013).

A *Dental Anxiety Scale* de Corah foi modificada, em 1995 por Humphris, Morrison e Lindsay (Humphris, Morrison, & Lindsay, 1995), surgindo a *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS) através da implementação de um quinto item sobre a administração de anestesia local (Humphris, Freeman, Campbell, Tuutti, & D'Souza, 2000). Seguindo o sistema da escala original, apresenta uma pontuação de 5 a 25, na qual valores maiores que 20 apontam para níveis fóbicos de ansiedade (Humphris et al., 1995).

A MDAS é um questionário de autoanálise, de aplicação rápida e fácil e no qual se convida o indivíduo a avaliar o seu nível de ansiedade perante 5 situações no âmbito do *setting* de uma consulta de Medicina Dentária (v.g. consulta no dia seguinte, sala de espera, consulta de destarização, preparo cavitário com turbina e anestesia local), e apresenta propriedades psicométricas favoráveis em comparação com a *Dental Anxiety Scale* de Corah (Humphris et al., 2000).

Na medida em que o conhecimento da ansiedade infantil e parental gerada pelos tratamentos Médico-Dentários pode auxiliar ao nível da predição do comportamento e ao conseqüente desenrolar da consulta, este trabalho tem como objetivo avaliar a ansiedade infantil prévia ao tratamento com recurso ao Teste VPT Modificado (Ramos-Jorge & Pordeus, 2004) e a ansiedade dos seus E.E. através da versão portuguesa da *Modified Dental Anxiety Scale* (Lopes et al., 2004), e compará-los entre si.

## 2.2. A estratégia metodológica da investigação

A presente investigação enquadra-se num estudo clínico de natureza transversal, efetuado com o recurso a instrumentos previamente validados no âmbito do estudo da variável ansiedade (MDAS e VPT Modificado) e de um questionário demográfico, ambos aplicados às duas franjas da população alvo.

Para a realização deste trabalho de investigação foram inquiridos 41 sujeitos entre os 3 e os 6 anos de idade e respetivos Encarregados de Educação, que compareceram às consultas de Odontopediatria da Clínica Dentária Universitária Egas Moniz (CDUEM), no período referido entre fevereiro e abril de 2015. A amostra foi dividida em dois grupos distintos: o Grupo I (G1) – crianças dos 3 aos 6 anos de idade que compareçam, pela primeira vez, à consulta de Odontopediatria da CDUEM e respetivo E.E.; Grupo II (G2) que inclui, também, crianças dos 3 aos 6 anos que compareçam a uma consulta de *follow-up* de Odontopediatria da CDUEM acompanhadas pelo E.E.; em ambos os grupos (G1 e G2) foi aplicado o VPT Modificado (Anexo 2) à criança e a versão portuguesa do MDAS (Anexo 3) ao E.E. que a acompanhava, no momento em que se encontravam na sala de espera, enquanto aguardavam pela consulta.

Para a seleção da população-alvo foram utilizados como critérios de inclusão: crianças com idades entre os 3 e os 6 anos de idade, que compareçam à consulta de Odontopediatria da CDUEM, sem necessidades especiais e que estejam, obrigatoriamente, acompanhadas por um adulto; e como critérios de exclusão: considerou-se a franja de idades das crianças abaixo do limite mínimo dos 3 anos de idade e acima do limite superior de 6 anos. De igual modo consideramos como critério de exclusão os E.E. iletrados e, por isso, impossibilitados de preencher o questionário demográfico e/ou a MDAS.

Os E.E., bem como as crianças, foram abordados na sala de espera da CDUEM, antes da consulta, altura considerada como «*ideal*» para medir a ansiedade, uma vez que a natureza da ansiedade é muitas vezes desencadeada em situações de pré-estímulo intrínseco. Tal como referido anteriormente, aos E.E. foi feita uma apresentação e pedido formal que lessem e assinassem o consentimento informado do projeto, preenchessem um questionário demográfico simples (Anexo 1) com dados relativos à

criança e ao próprio E.E., e respondessem às 5 questões de escolha simples que constituem a MDAS (Anexo 3), tendo sido igualmente enfatizado o facto de não existirem respostas certas ou erradas. Seguidamente, foi apresentado à criança o VPT Modificado (Anexo 2), escolhendo a etnia e o género da figura de acordo com a etnia e o género da criança envolvida; à criança perguntou-se se gostaria de participar no estudo e, perante a sua anuência, foram apresentados sucessivamente os 8 pares de imagens, pedindo-lhe que escolhesse a figura mais parecida com aquilo que estava a sentir naquele momento.

Optou-se pela MDAS por ser um instrumento confiável e validado (Humphris et al., 2000, 1995), inclusivamente na sua versão portuguesa (Lopes et al., 2004). Além disso, existe a vantagem de que quem responde desconhece a escala atribuída a cada resposta, diminuindo-se a probabilidade de obtenção de falsos resultados, uma vez que os pais muito raramente se consideram ansiosos (Cunha et al., 2007). Por sua vez, recorreu-se ao VPT Modificado por ser um instrumento recente, validado, adaptado à população de idade pré-escolar e visualmente mais atrativo que o VPT original (Ramos-Jorge & Pordeus, 2004). Finalmente, realça-se ainda mais a importância da escolha de instrumentos que, como estes, medem a ansiedade específica na consulta de Medicina Dentária e não a ansiedade em contexto geral.

O questionário demográfico, elaborado propositadamente para este estudo visava recolher os seguintes dados: i) idade/género da criança, ii) motivo da consulta, iii) nacionalidade da criança, iv) idade/género do E.E., v) estado civil, vi) profissão, vii) habilitações literárias e viii) nacionalidade do sujeito.

Depois de a criança apontar para as figuras escolhidas, o valor relativo ao VPT Modificado foi anotado pelo investigador e arquivados os protocolos referentes ao consentimento informado, questionário demográfico e a MDAS antecipadamente preenchidos pelo E.E..

Os dados foram recolhidos pessoal e diretamente pelo investigador, tendo como finalidade exclusiva servirem de suporte científico ao objeto de estudo desta investigação, assegurando-se antecipadamente o sigilo e a confidencialidade dos inquiridos.

Os dados obtidos com recurso aos instrumentos de medida selecionados (VPT Modificado e da MDAS) foram inseridos na base de dados submetidos e a análise

estatística na versão 21 do *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM© SPSS©), tendo sido considerado um nível de significância de 0,05. Para efetivação e suporte científico da análise dos dados, foram efetuadas reuniões com o Prof. Doutor Luís Proença, sedimentando o apoio e a orientação no que concerne à utilização do SPSS 21 e à análise dos resultados obtidos.



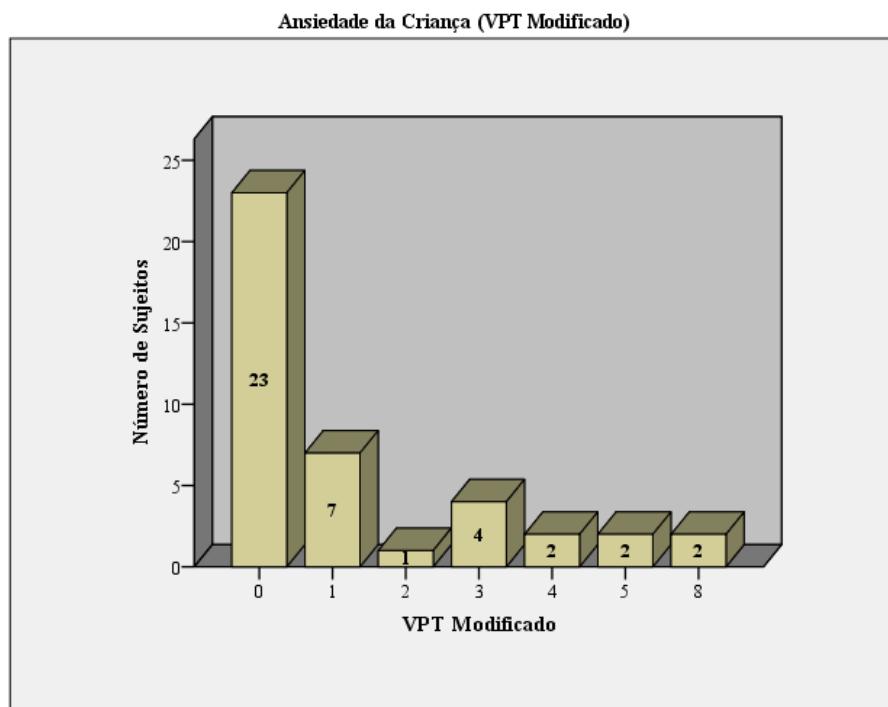
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação dos resultados obtidos no decurso desta investigação, é constituída pela análise descritiva das variáveis estudadas e complementada com a sua discussão e análise, configurando-se, assim, como o modelo analítico desta pesquisa.

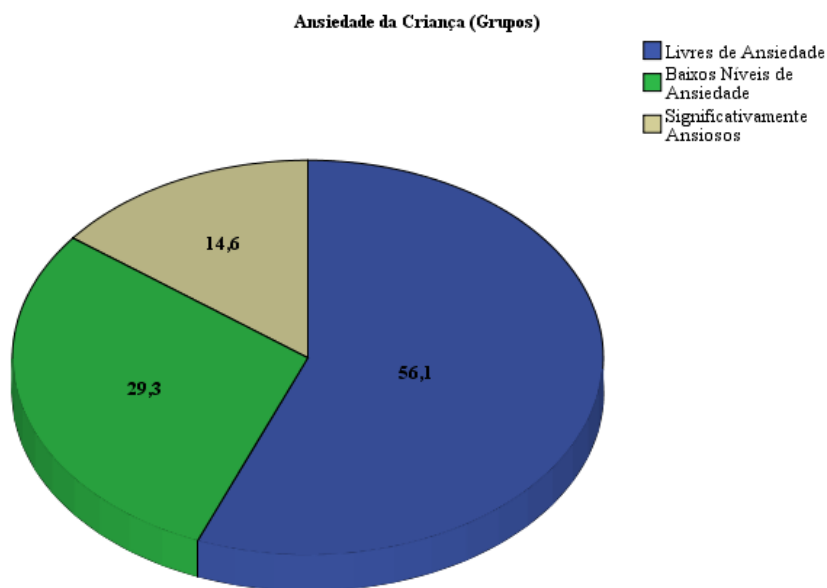
De acordo com a amostra selecionada, foram incluídas no estudo 41 crianças com idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos, sendo a média de idades obtida de 4,9 anos, 22 meninos (53,7%) e 19 meninas (46,3%) no total da amostra. No mesmo registo, 19 (46,3%) crianças visitaram a CDUEM para uma consulta de primeira vez (G1), e 22 (53,7%) crianças para a realização de consultas de *follow-up* (G2).

Relativamente aos Encarregados de Educação, a idade média obtida foi de 38,9 anos, sendo a maioria dos sujeitos da amostra (73,2%) do género feminino e apenas 26,8% do género masculino, podendo assim, observar-se que independentemente do grau de parentesco para com a criança, parece ser atribuído ao E.E. do género feminino a tarefa de acompanhar as crianças à consulta de Medicina Dentária. No que diz respeito às habilitações literárias dos E.E., 5 sujeitos (12,2%) da amostra concluíram o ensino básico, 15 sujeitos (36,6%) o ensino secundário e 21 sujeitos (51,2%) apresentam-se com a licenciatura do ensino universitário concluída.

No que diz respeito aos valores obtidos através do VPT Modificado aplicado às crianças de ambos os grupos selecionados (G1 e G2), 23 crianças avaliadas (56,1%) obtiveram 0 pontos, 7 crianças (17,1%) 1 ponto, 1 criança (2,4%) 2 pontos, 4 crianças (9,8%) 3 pontos, 2 crianças (4,9%) 4 pontos, 2 crianças (4,9%) 5 pontos e 2 crianças (4,9%) 8 pontos, ou seja, mais concretamente, 23 crianças (56,1%) manifestaram-se *livres de ansiedade* (0 pontos), 12 crianças (29,3%) com *baixo nível de ansiedade* (pontuações entre 1 e 3), 4 crianças (9,8%) com *médios níveis de ansiedade* (pontuações entre 4 e 6) e 2 crianças (4,9%) com *elevado nível de ansiedade* (pontuações de 7 e 8). No sentido de facilitar a análise estatística dos dados obtidos, condensamos o grupo denominado por *médios níveis de ansiedade* e o grupo *elevado nível de ansiedade* no grupo denominado por *significativamente ansiosos*, no qual se incluem os sujeitos em que o VPT Modificado assume pontuações entre 4 e 8 pontos abrangendo, assim, um grupo de 6 crianças avaliadas (14,7%), como se pode observar nas figuras 1 e 2.



**Figura 1- Distribuição do N° de Sujeitos em relação aos valores de VPT Modificado**



**Figura 2 - Distribuição da Ansiidade da Criança por grupos.**

Verificou-se, ainda, que existe uma predominância de 56,1% de crianças (G1 e G2), *livres de ansiidade* (Figura 2), estando os resultados obtidos no presente estudo em concordância com os resultados obtidos em diversos estudos empíricos, elaborados por diversos autores (Bottan et al., 2008; Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012;

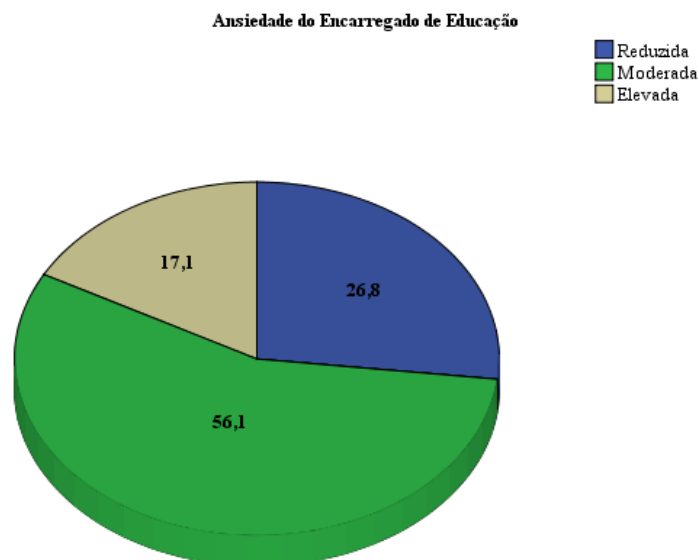
Topaloglu-ak, Eden, & Frencken, 2007). Este facto pode, eventualmente, prender-se com a desmistificação atual do medo associado à imagem do Médico Dentista (Dias, Amorim, Freches, & Guilherme, 2006), e à emergência de programas de intervenção precoce que promovem a higiene oral em ambientes escolares. De relevar, ainda, o papel social atualmente assumido pelos *Mass Media* e do mercantilismo de produtos associados à higiene oral (v.g. existência de músicas infantis e desenhos animados alusivos à higiene oral) em que os Profissionais de Saúde são frequentemente retratados simbolicamente como heróis, onde o Médico Dentista «representa o Bem» face ao «Mal da cárie» ao nível do imaginário infantil.

No que concerne aos valores obtidos, através da aplicação da versão portuguesa da *MDAS*, o valor médio obtido foi de 10,6 sendo os valores distribuídos de acordo com a tabela 1.

<b>MDAS</b>	<b>Nº de Sujeitos</b>	<b>Percentagem</b>
<b>5</b>	3	7,3
<b>6</b>	4	9,8
<b>7</b>	5	12,2
<b>8</b>	4	9,8
<b>9</b>	2	4,9
<b>10</b>	8	19,5
<b>11</b>	3	7,3
<b>14</b>	5	12,2
<b>17</b>	5	12,2
<b>20</b>	1	2,4
<b>22</b>	1	2,4

**Tabela 1 - Distribuição dos valores de *MDAS***

Mais uma vez, no sentido de facilitar a análise estatística elaborada, os dados obtidos foram agrupados do seguinte modo: i) valores entre 5 e 7 são considerados pertencentes ao grupo *ansiedade reduzida*, ii) valores entre 8 e 14 são considerados pertencentes ao grupo *ansiedade moderada* e, iii) os valores entre 17 e 22 são integrados no grupo denominado de *ansiedade elevada*.



**Figura 3 - Distribuição dos grupos de ansiidade dos E.E.**

Podemos verificar, com base na Figura 3, que a maioria dos E.E. (56,1%) apresentou valores de *ansiidade moderada* (pontuação na MDAS entre 8 e 14), coincidindo, também, com os resultados obtidos em outras investigações recentes (Dikshit et al., 2013; Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012; Kanwal et al., 2012).

Analisando agora os resultados obtidos com recurso à aplicação da versão portuguesa do MDAS por objetivos questionados, apresentados na tabela 2, podemos constatar que: i) o valor médio referente à primeira pergunta que questiona sobre a ansiidade relativa a uma *consulta no dia seguinte* foi de 1,8, ii) no que concerne à pergunta associada ao ato de *aguardar na sala de espera* o valor médio obtido foi de 2 pontos, iii) relativamente à pergunta em que se indagava os E.E. sobre a ansiidade relacionada com o procedimento de *destartarização e polimento* obteve-se um valor médio de 1,8 pontos, iv) no que diz respeito à pergunta em que se questiona sobre a ansiidade relativa ao procedimento de *brocar um dente*, o valor médio obtido foi de 2,3 pontos e, finalmente, v) ao inquirir os E.E. relativamente à ansiidade relacionada com a *injeção com anestésico local* obteve-se uma média de 2,6 pontos.

Situação Hipotética	Consulta no Dia Seguinte	Aguardar na Sala de Espera	Brocar um Dente	Destartarização e Polimento	Injeção de Anestésico Local
<b>Média MDAS</b>	1,8	2	2,3	1,8	2,6

Tabela 2 - Média dos valores obtidos por questão do MDAS

Podemos, com base nos presentes dados obtidos, arrogar que os E.E. se sentem mais ansiosos quando confrontados com uma situação hipotética de *injeção com anestésico local*, no contexto de consulta de MD, seguindo-se a este valor obtido a situação hipotética de *brocar um dente*, ou seja, os E.E. parecem demonstrar mais ansiedade em situações nas quais são confrontados com a *carpule* e a agulha para a injeção com anestésico local e com a turbina/contra-ângulo, o que parece, mais uma vez, corroborar resultados obtidos em estudos anteriormente realizados e já referidos no âmbito do modelo teórico da presente pesquisa. (Berge ten et al., 2001; Kanegane et al., 2006; Kent, 1984; Marques et al., 2010; Possobon et al., 2007; Rayen et al., 2006).

No que concerne à pergunta “*Se amanhã fosse ao seu Médico Dentista para tratamento, como se sentiria?*”, 21 sujeitos do grupo E.E. (51,2%) responderam *nada ansioso*, 12 sujeitos (28,3%) *um pouco ansioso*, 3 sujeitos (7,3%) *moderadamente ansioso* e 5 sujeitos (12,2%) *muito ansioso* (Figura 4).

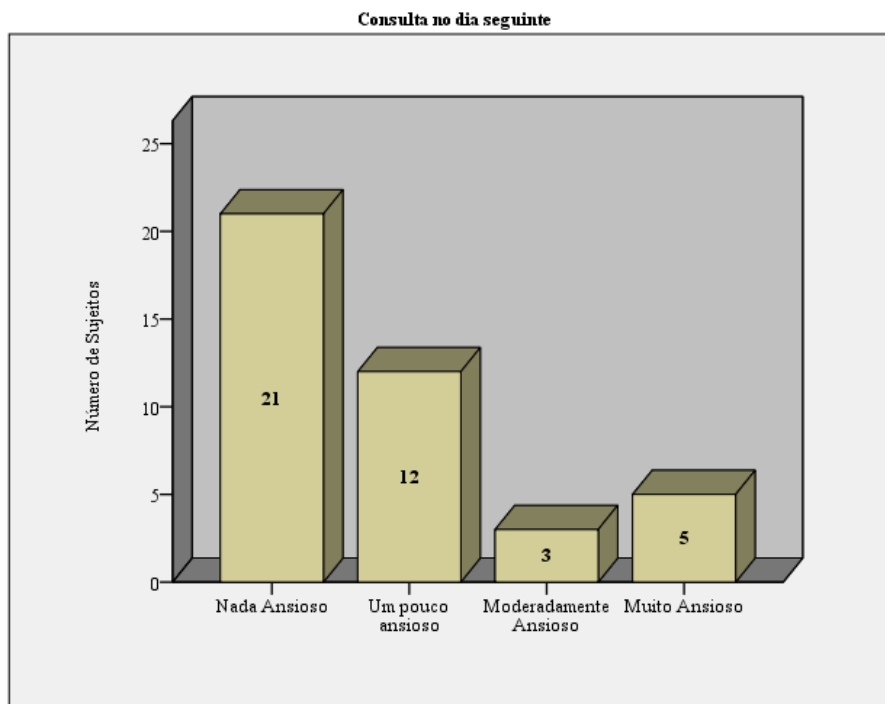
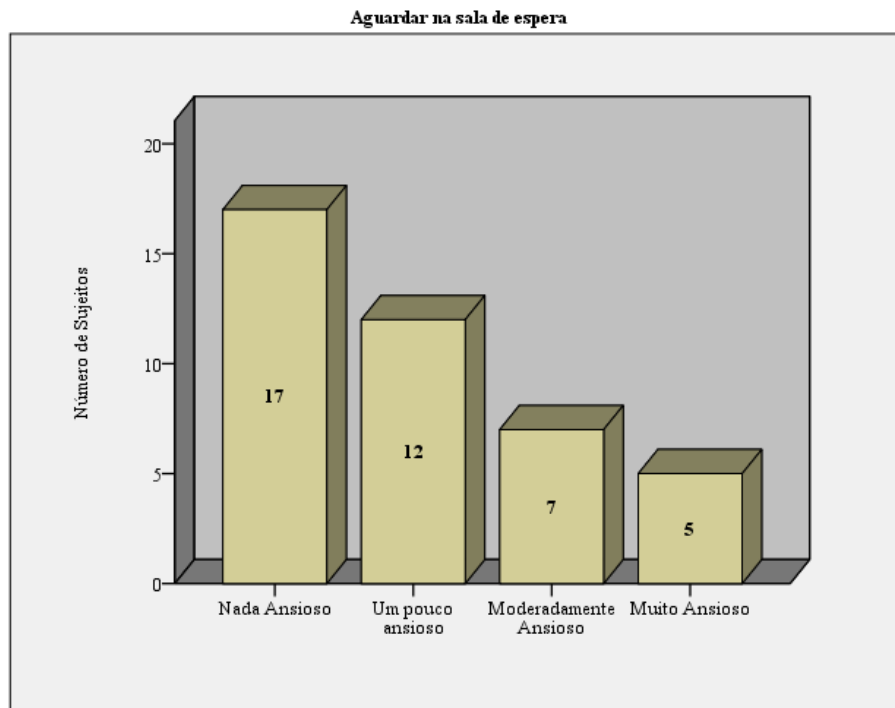


Figura 4 - Distribuição de respostas face à questão “*Se amanhã fosse ao seu Médico Dentista para tratamento, como se sentiria?*”

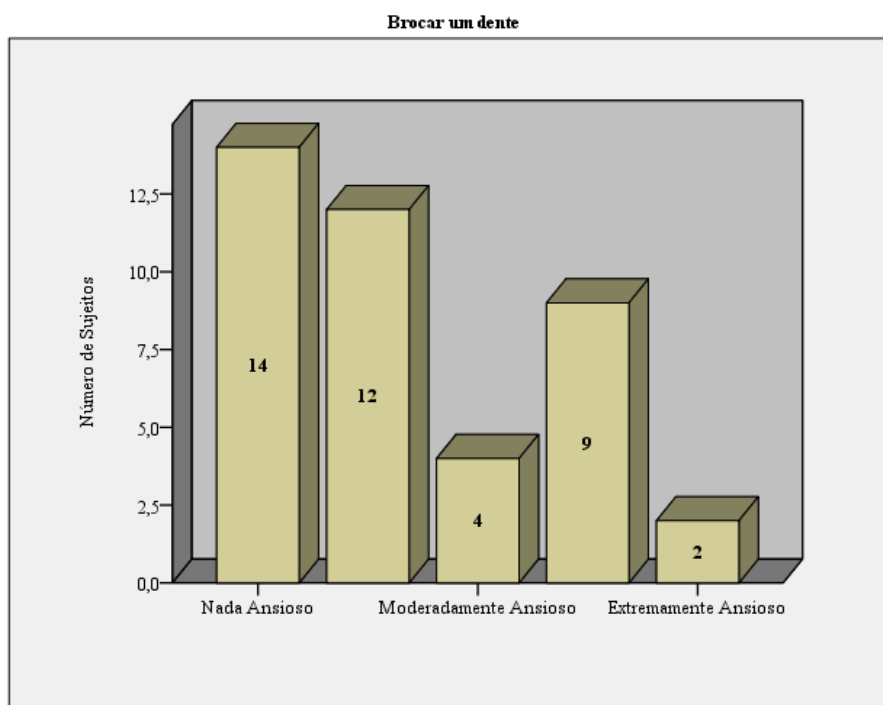
Quando confrontados com a questão “*Se estivesse sentado na sala de espera (à espera de tratamento), como se sentiria?*”, 17 sujeitos do grupo E.E. (41,5%) responderam *nada ansioso*, 12 sujeitos (29,3%) *um pouco ansioso*, 7 sujeitos (17,1%)

revelaram sentirem-se *moderadamente ansioso* e 5 sujeitos (12,2%)  *muito ansioso* (Figura 5).



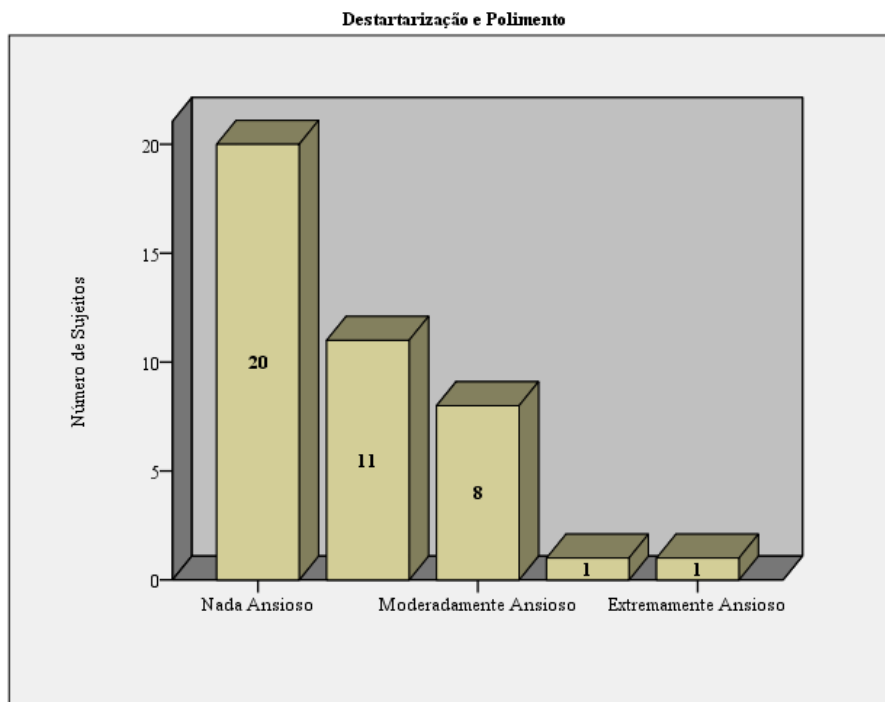
**Figura 5 - Distribuição de respostas face à questão “Se estivesse sentado na sala de espera (à espera de tratamento), como se sentiria?”**

Relativamente à ansiedade invocada na pergunta, “Se *lhe estivessem prestes a brocar um dente, como se sentiria?*”, 14 dos sujeitos do grupo E.E. (34,1%) referiram que se sentiriam *nada ansioso*, 12 sujeitos (29,3%) *um pouco ansioso*, 4 sujeitos (9,8%) optaram por afirmar *moderadamente ansioso*, 9 sujeitos (22%) responderam *muito ansioso* e 2 sujeitos (4,9%) referiram sentirem-se *extremamente ansioso* (Figura 6).



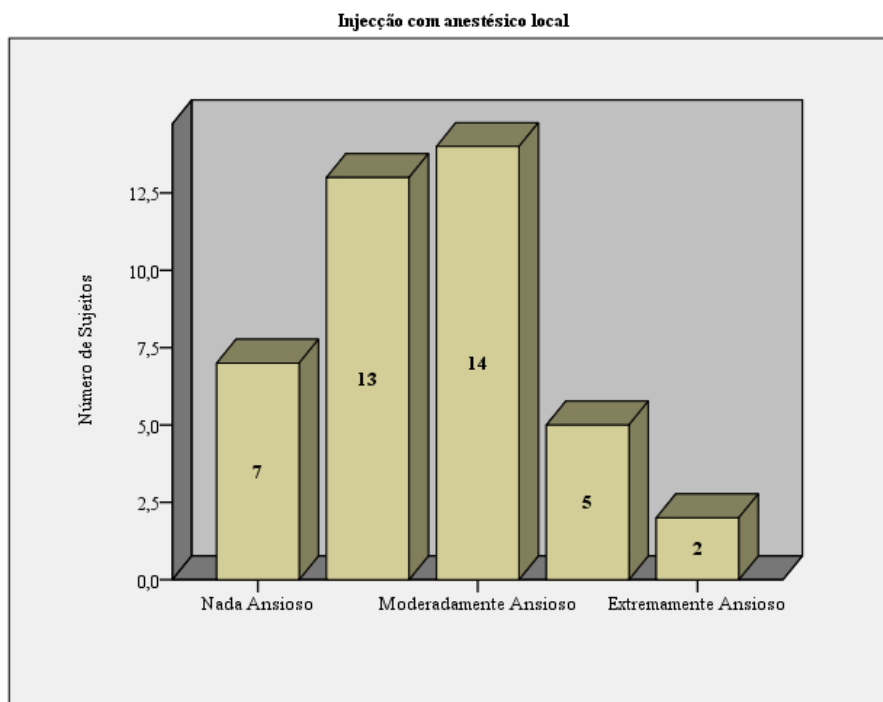
**Figura 6 - Distribuição de respostas face à questão "Se lhe estivessem prestes a brocar um dente, como se sentiria?"**

Quanto à questão da MDAS, "Se lhe estivessem prestes a fazer uma destartarização e polimento (limpeza), como se sentiria?", 20 sujeitos E.E. (48,8%) optaram por afirmar *nada ansioso*, 11 sujeitos (26,8%) *um pouco ansioso*, 8 sujeitos (19,5%) *moderadamente ansioso*, 1 sujeito (2,4%) optou por afirmar  *muito ansioso* e, 1 outro E.E. (2,4%) optou pela hipótese *extremamente ansioso* (Figura 7).



**Figura 7 - Distribuição de respostas face à questão “Se lhe estivessem prestes a fazer uma destartarização e polimento (limpeza), como se sentiria?”**

Na quinta e última questão que se enunciava como, “Se estivesse prestes a receber uma injeção de anestesia local na sua gengiva, por cima de um molar superior, como se sentiria?”, 7 sujeitos do grupo dos E.E. (17,1%) referiram sentirem-se *nada ansioso*, 13 sujeitos (31,7%) optaram por afirmar *um pouco ansioso*, 14 sujeitos (34,1%) *moderadamente ansioso*, 5 sujeitos (12,2%) *muito ansioso* e 2 sujeitos (4,9%) *extremamente ansioso* (Figura 8). Neste registo de valores, a hipótese da injeção de anestesia local é, como já foi referido, o ato clínico que parece gerar uma ansiedade marcante nos sujeitos, contrariamente às outras questões mencionadas onde um número considerável de sujeitos afirma não sentir ansiedade relativamente as hipóteses questionadas, facto este que também parece corroborar os resultados obtidos por Tomita e colaboradores em 2007.



**Figura 8 - Distribuição de respostas face à questão "Se estivesse prestes a receber uma injeção de anestesia local na sua gengiva, por cima de um molar superior, como se sentiria?"**

No sentido de avaliar a relação entre as variáveis denominadas de *Ansiedade manifestada pelo Encarregado de Educação* e a *Ansiedade da Criança*, em ambos os grupos, recorreremos ao teste de *Spearman's Roh*, obtendo-se um coeficiente de correlação de -0,112 com uma significância de 0,485, ou seja, podemos afirmar que, de acordo com os resultados obtidos com a amostra deste estudo empírico, não foi encontrada uma relação entre a *ansiedade manifestada pelos Encarregados de Educação* e a *ansiedade das crianças* (valor muito próximo de zero), (significância > 0,05) declinando-se, assim, a hipótese de partida de *Contágio Emocional* ao nível da ansiedade manifestada pelos Encarregados de Educação que acompanhavam as crianças observadas, em contexto de sala de espera, quer para G1 como para G2 . Estes resultados não parecem ir ao encontro do esperado no âmbito das hipóteses de partida formuladas nesta investigação, bem como no âmbito de alguns estudos da literatura científica consultada. Contudo, alguns estudos corroboram estes mesmos resultados no que toca à inexistência de uma relação por nós denominada de - *Contágio Emocional* - entre a *Ansiedade dos Encarregados de Educação* e a *Ansiedade das Crianças* (Anrup, Berggren, Broeberg, & Bondin, 2004; Balmer, O'Sullivan, Pollard, & Curzon, 2004; Cunha et al., 2007; Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012; Kanegane et al., 2006; M. A. Klaassen, Veerkamp, & Hoogstraten, 2007; M. Klaassen, Veerkamp, &

Hoogstraten, 2003; Kyritsi, Dimou, & Lygidakis, 2009; Oliveira, Colares, & Campioni, 2009; Ribas, Guimarães, & Losso, 2006; Salem, Kousha, Anissian, & Shahabi, 2012; Sexton, Mourino, & Browntein, 1993; Ten Berg, Veerkamp, Hoogstraten, & Prins, 2003) . Os resultados obtidos podem, eventualmente, terem sido alvo de um *enviesamento* metodológico, por terem sido utilizadas duas escalas distintas que objetivavam o estudo da variável ansiedade, ao nível dos instrumentos utilizados. Contudo, dada a diferença entre as duas faixas etárias estudadas (crianças em idade pré-escolar *versus* adultos), consideramos que optar por instrumentos apropriados a cada uma das faixas etárias em estudo seria a opção metodológica mais assertiva. Por outro lado, acresce referir que, nos dias de hoje, face à informação veiculada pelos *Mass Media* e pelos Planos Nacionais de Saúde, os Encarregados de Educação tentam, cada vez mais, promover a Saúde Oral junto dos seus filhos, sobrepondo-se, este facto, aos seus próprios temores vivenciados no passado (Freitas Oliveira, Moraes, & Evaristo, 2012).

		Ansiedade dos Encarregado de Educação (E.E.)			Total
		Reduzida	Moderada	Elevada	
Ansiedade da Criança	Livres de Ansiedade	4	15	4	23
	Pouco Ansiosos	4	8	0	12
	Ansiosos	3	0	3	6
Total		11	23	7	<b>41</b>

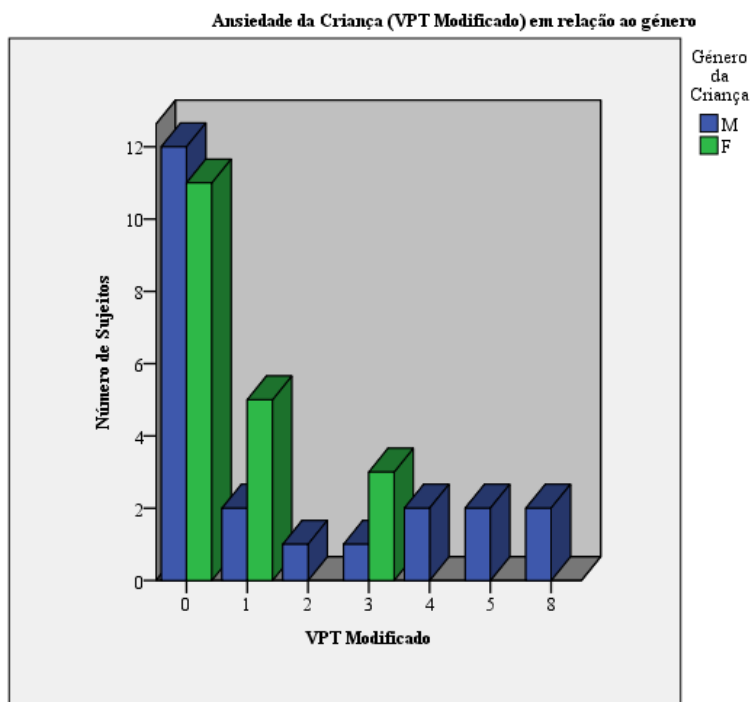
**Tabela 3 - Correlação entre os valores condensados da variável Ansiedade/Criança e a variável Ansiedade/ E.E.**

No que concerne à relação entre os valores do VPT, correspondentes à ansiedade das crianças e a idade das mesmas, apresentados na tabela 4, voltámos a recorrer ao teste de *Spearman's Roh*, obtendo-se um coeficiente de correlação de -0,268 podendo, por isso, afirmar-se que com o aumento da idade cronológica parece existir uma diminuição ligeira dos valores da ansiedade infantil vivenciados. Contudo, este valor de correlação obtido não é estatisticamente significativo - valor de significância de 0,9 (significância > 0,05) - e, como tal, não podemos extrapolar os resultados obtidos para outras amostras populacionais. Porém, alguns investigadores nos seus estudos efetuados, certificam os mesmos resultados dentro desta faixa etária, apontando para a hipótese de um incremento do nível de maturidade e conseqüente diminuição da ansiedade de separação dos E.E. (Klingberg & Broeberg, 2007; Rayen et al., 2006).

		VPT							Total
		0	1	2	3	4	5	8	
Idade da Criança	3	2	0	1	0	1	1	1	6
	4	3	1	0	2	0	0	0	6
	5	8	2	0	0	1	1	1	13
	6	10	4	0	2	0	0	0	16
Total		23	7	1	4	2	2	2	41

Tabela 4 - Correlação entre os valores obtidos no *VPT Modificado* e Idade da Criança

Ainda relativamente aos valores obtidos no VPT quando correlacionados com a variável *Género da Criança*, podemos constatar que, para o género masculino, o valor médio do VPT é de 1,86, enquanto que, para o género feminino, é de 0,74, podendo-se aferir que as meninas são ligeiramente menos ansiosas que os meninos. Realizou-se o teste de normalidade *Shapiro-Wilk* em que se obteve uma significância menor que 0,001. Neste registo, como este valor é menor que 0,05, optamos, em detrimento do uso de testes paramétricos, pelo teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, no qual se obteve uma significância de 0,362 que, por se revelar maior que o valor de referência de 0,05, nos leva a assumir que os resultados assumem alguma representatividade estatística, mas apenas para a amostra estudada, não podendo, por isso, serem extrapolados para a população em geral. Ainda assim, podemos verificar que a maioria dos meninos (12) e a maioria das meninas (11) em ambos os grupos estudados (G1 e G2), obtiveram uma pontuação de 0 no VPT podendo, deste modo, serem considerados *livres de ansiedade*. Paradoxalmente, apenas os meninos obtiveram pontuações entre 4 e 8 (6 sujeitos), podendo ser considerados como *significativamente ansiosos*, o que contraria alguns resultados obtidos em estudos que relevam o facto de que os sujeitos do género feminino são mais ansiosos do que os sujeitos do género masculino (Figura 9).



**Figura 9 - Distribuição dos valores obtidos no VPT Modificado de acordo com o género da criança**

Adicionalmente, quando se avalia a relação entre a ansiedade infantil vivenciada (VPT) e o facto circunstancial de ser, ou não, a primeira vez que a criança acede/comparece a uma consulta de Medicina Dentária na CDUEM, podemos constatar que a média dos valores de ansiedade obtidos para as consultas de primeira vez (G1) é de 1,11, enquanto que assume o valor médio de 1,55 para consultas de *follow-up* (G2).

Neste sentido, para que pudéssemos obter uma maior aferição destes mesmos resultados, aplicamos o teste de normalidade *Shapiro-Wilk*, obtendo-se um nível de significância menor que 0,001. Como o valor obtido é menor que 0,05 optamos, mais uma vez, pelo recurso ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney*, no qual se obteve um nível de significância dos resultados de 0,236 que, por ser maior que o valor referência de 0,05, nos leva a assumir que os resultados apenas parecem ser representativos da amostra em estudo não podendo, por isso, serem extrapolados para a população em geral. Contudo, de acordo com os resultados obtidos no presente estudo, a ansiedade manifestada pelas crianças nas consultas de *follow-up* (G2) é ligeiramente superior à ansiedade vivenciada pelos sujeitos nas consultas de *primeira vez* (G1), facto este que parece mais uma vez ir ao encontro dos resultados obtidos por outros investigadores em estudos realizados (Beck & Weaver, 1981; Koenigsberg & Johnson, 1975; Rayen et al., 2006). Podemos assumir que, o facto de muitas crianças terem necessidade de efetuar várias consultas de *follow-up* no decurso de uma trajetória terapêutica, implica que no

passado tenham já, eventualmente, efetuado diversos tratamentos de natureza invasiva tal como restaurações, endodontias e exodontias, que podem de alguma forma desencadear alguma dor e desconforto. Assim, nesta linha de análise reforça-se a necessidade premente da concretização de iniciativas no âmbito da educação para a Saúde Oral incrementando, junto dos Encarregados de Educação e das crianças, hábitos de higiene oral adequados. Na mesma linha de sentido, releva-se como pertinente a efetivação precoce de consultas de rastreio de natureza preventiva, como a destarização e a colocação de selantes de fissura, no sentido de evitar que a Saúde Oral da criança esteja de tal modo deteriorada que desencadeie eventos clínicos que possam vir a ser considerados de natureza algo traumática. Todavia, torna-se pertinente realçar o facto de que, tanto no grupo de consulta de *primeira vez* (G1), como no grupo de consulta de *follow-up* (G2), a maioria das crianças se apresenta *livre de ansiedade* podendo a obtenção destes dados levantar, de alguma forma, o «véu de temor» que normalmente emerge associado à figura do MD, contribuindo, assim, para a desmistificação da figura do Médico Dentista junto da população pré-escolar.

Relativamente aos valores obtidos na MDAS, referentes à ansiedade manifestada pelos Encarregados de Educação e a sua relação com o género de pertença, estes permitem-nos afirmar que os sujeitos do género feminino ( $\bar{x} = 10,8$ ) se revelaram, em média, ligeiramente mais ansiosos que os sujeitos do género masculino ( $\bar{x} = 9,9$ ) na amostra estudada. Em ambos os géneros de sujeitos foram detetados indivíduos *livres de ansiedade*, sendo de relevar que o valor mais elevado para a ansiedade se manifesta no género masculino, 17 pontos e, no género feminino de 22 pontos, contudo, os dois indivíduos identificados com níveis fóbicos de ansiedade ( $>19$  pontos), pertencem ao género feminino. Estes resultados coadunam-se com os resultados obtidos por Dikshit e colaboradores em 2013 e podem ser, eventualmente, justificados pelo facto de as mulheres expressarem mais correntemente as suas emoções.

No que concerne à relação dos níveis de *Ansiedade* manifestados pelos *Encarregados de Educação* e as respetivas *Habilitações Literárias* foram encontradas ligeiras diferenças nos valores médios obtidos no MDAS: os E.E. com o ensino básico concluído revelaram valores médios de 12,4 e, os E.E. com o ensino secundário concluído obtiveram o valor médio de 10,8, obtendo-se o valor médio de 10,0 para os E.E. que tinham concluído, pelo menos, a licenciatura do ensino universitário. Realizou-se, ainda, o teste de normalidade *Shapiro-Wilk* obtendo-se um nível significância de 0,299 para os dados relativos aos E.E. que tinham concluído o ensino básico, de 0,059

para os sujeitos com o ensino secundário e de 0,015 para os E.E. com ensino universitário. Como o nível de significância para o grupo do ensino secundário é menor que 0,05 optou-se, mais uma vez, pelo recurso ao teste não paramétrico de *Kruskal-Wallis*, obtendo-se um nível de significância de 0,480 que, por ser maior que o valor de referência de 0,05, nos permite arrogar que os resultados apenas são representativos da amostra em estudo não podendo, como tal, serem extrapolados para a população em geral.

Com recurso ao questionário demográfico foram recolhidos dados relativos ao motivo da consulta, nacionalidade da criança e do E.E., profissão e estado civil dos E.E. Todavia, estes resultados não foram analisados porque: i) quanto ao motivo da consulta foram obtidas respostas muito vagas e variadas que não eram passíveis de serem analisadas estatisticamente, ii) quanto à variável nacionalidade, todos os pais e respectivas crianças eram de nacionalidade portuguesa, excluindo-se, assim, a hipótese da influência cultural, quando cruzada com os níveis de ansiedade, iii) relativamente à profissão do E.E. foram obtidas respostas diversificadas que não eram passíveis de serem analisadas estatisticamente, iv) optou-se por não analisar o estado civil dos E.E. e a sua relação com a *Ansiedade da Criança* porque nem todos os E.E. eram os progenitores biológicos dos sujeitos em estudo.

Na verdade, a maioria dos estudos presentes na bibliografia analisada configura a sua problemática de pesquisa, na sua maioria, no âmbito do contágio da ansiedade materna para com a ansiedade da criança (Johnson & Baldwin, 1969; Ribas et al., 2006). Constitui-se, assim, como inovador o facto de se eleger na qualidade de E.E., o acompanhante da criança à consulta independentemente do género ou do facto de serem ou não os progenitores da criança. Curiosamente, no presente estudo, 26,8% dos E.E. eram do género masculino, relevando-se, assim, cada vez mais, a preponderância da figura parental masculina no desenvolvimento emocional da criança.

Relevamos, ainda, a escolha pertinente dos instrumentos seleccionados para medir a variável ansiedade, tanto para o grupo dos adultos como para o grupo das crianças, por se configurarem como instrumentos fidedignos, previamente validados e frequentemente adotados em estudos associados ao *setting* de consulta Odontopediátrica.

## PARTE III

---

### **Modelo Interpretativo da Pesquisa**



## CONCLUSÃO

Concluídas até à presente etapa as várias fases empíricas do projeto de pesquisa, cujo Modelo Analítico se apresenta ao longo da segunda parte desta dissertação, suportado pelo Modelo Teórico e pela estratégia Metodológica adotada, parecem estar reunidas as condições para a apresentação dos principais vetores interpretativos que se afluam como Conclusão desta investigação.

O presente projeto teve como principal questão de partida, a avaliação da existência do pressuposto de um eventual *Contágio Emocional* ao nível da variável ansiedade de estado, entre as crianças e os Encarregados de Educação que acederam a uma consulta de Odontopediatria na CDUEM.

Relevamos, também, o facto de que, o investimento ao nível do conhecimento científico sobre a problemática da ansiedade infantil e parental, associada aos tratamentos Médico-Dentários pode auxiliar, notoriamente, o prognóstico do comportamento da criança no *setting* da consulta e, conseqüente, o desenrolar da trajetória terapêutica, incrementando por outro lado o estabelecimento de uma relação de confiança Criança-Médico Dentista-Encarregado de Educação. A presente investigação tem, como objetivo primordial, avaliar a ansiedade infantil prévia ao tratamento Médico Dentário medida com recurso ao teste VPT Modificado, e a ansiedade dos E.E., na qualidade de doentes de segunda ordem, avaliada através da versão portuguesa da *Modified Dental Anxiety Scale*, procedendo-se posteriormente à comparação dos valores obtidos, no sentido de *certificar empiricamente* uma eventual manifestação de *Contágio Emocional* no âmbito deste *Par Relacional*.

Neste registo, a avaliação da ansiedade, tanto em doentes adultos como em crianças, deve ser avaliada precocemente, nomeadamente, na consulta de Triagem quando inserida na trajetória terapêutica, de modo a que o Médico Dentista possa adaptar e optar, na qualidade de Profissional de Saúde, por estratégias que minimizem os seus efeitos, uma vez que o Médico Dentista deve promover não só a Saúde Oral do doente, mas também a saúde em geral da *Pessoa-Doente*.

De acordo com os resultados obtidos podemos, em suma, afirmar como se evidencia na presente amostra estudada, que a maioria das crianças que acederam a uma consulta na

CDUEM, tanto denominada de *primeira vez* (G1), como de *follow-up* (G2) parecem ser consideradas, na sua maioria, *livres de ansiedade* (“descontaminadas”). Por outro lado, a maioria dos E.E. avaliados apresenta-se como *moderadamente ansioso*, sendo que o procedimento referido que invoca uma maior ansiedade de estado, parece estar associado à *injeção com anestésico local*. Apesar de não ter sido identificada uma relação entre as variáveis *Ansiedade da Criança* e *Ansiedade do E.E.*, verificou-se que, em ambos os grupos, quando a idade da criança aumenta, a sua ansiedade de estado tende a diminuir. No mesmo registo, também em ambos os grupos, as crianças do género feminino são menos ansiosas que as do género masculino. Por outro lado, as crianças demonstram-se mais ansiosas em consultas de *follow-up* (G2) do que em consultas de *primeira vez* (G1). Os E.E. do género feminino parecem demonstrar ligeiramente mais ansiedade do que os do género masculino e, finalmente, não se denuncia uma relação específica entre a *Ansiedade dos E.E.* e a variável *Habilidades Literárias*. No entanto, importa referir que os E.E. que têm o ensino básico concluído se mostram ligeiramente mais ansiosos do que os que concluíram o ensino secundário e universitário.

No que diz respeito às limitações do presente estudo, podemos identificar o facto de que, ainda que seja estatisticamente admissível uma amostra de 41 sujeitos, uma amostra mais alargada poderia, eventualmente, permitir uma generalização dos resultados obtidos. Para além disso, idealmente, deveríamos ter aplicado um outro instrumento de medida no decurso ou no final da consulta, no sentido de avaliar a cooperação da criança e testar a sua relação com os níveis de ansiedade vivenciados ao longo da trajetória terapêutica.

Os resultados obtidos com este estudo sugerem, contudo, diferentes linhas de investigação futuras. No futuro, poder-se-á realizar um estudo semelhante, i) englobando, não só crianças em idade pré-escolar, como também, crianças no estágio denominado de segunda infância, para que se possa ter uma noção mais alargada da influência da variável idade quando contraposta com os níveis de ansiedade vivenciados, ii) recorrer a instrumentos que avaliem o comportamento e a cooperação infantil no decorrer da consulta, no sentido de se avaliar uma possível relação entre o nível de ansiedade vivenciado e o grau de cooperação da criança, iii) analisar a ansiedade infantil manifesta, antes e no decurso da consulta de Odontopediatria quando cruzada com fatores familiares, tais como a qualidade da relação conjugal e a posição da criança na fratria. Por outro lado poderão igualmente, serem elaborados outros objetos de estudo que delimitem grupos amostrais com patologia(s) ansiosa(s) diagnosticada(s), no sentido de se testar a capacidade discriminatória dos

instrumentos utilizados em relação a grupos de controle. No mesmo registo, também se poderá optar por se coligar aos instrumentos utilizados - como o VPT Modificado e a MDAS- outros resultados, que poderiam ser obtidos com recurso à monitorização de sinais fisiológicos, bem como com o recurso a estratégias metodológicas de natureza qualitativa fundamentadas na análise de narrativas biográficas das crianças e dos E.E. face a experiências vivenciadas no passado, em contextos de consultas de Medicina Dentária.

A nível da população utente da CDUEM e do Concelho de Almada, consideramos como relevante que a CDUEM tente implementar ações pedagógicas suportadas em Programas de Educação para a Saúde Oral, quer a nível social quer a nível escolar, subsidiando, assim, não só a Promoção da Saúde Oral junto da população infantil, como também ao nível do imaginário social, pois estas estratégias poderão ajudar a desconstruir e a desmistificar ideias pré-concebidas, relativamente ao carácter doloroso que normalmente parece estar associado à consulta de Medicina Dentária, tanto em crianças como em adultos.

Ao nível da Direção Clínica da CDUEM, estes resultados parecem relevar a importância de, na consulta de triagem, poderem ser incluídos instrumentos de medida da variável ansiedade, tanto a nível da consulta de primeira vez de Odontopediatria, como também ao nível da consulta de Triagem da população adulta. A inclusão destes instrumentos de medida da ansiedade poderá, atempadamente, diagnosticar o estado de ansiedade da *Pessoa-Doente* permitindo, assim, que o Médico Dentista possa moldar de forma eficaz a abordagem terapêutica junto da *Pessoa-Doente*.

Torna-se deste modo imprescindível que, ao nível da formação de base, os futuros Médicos Dentistas sejam capacitados para o correto *Diagnóstico Emocional* dos seus doentes, nomeadamente ao nível da ansiedade manifestada, optando por estratégias terapêuticas adequadas que visem minorar os seus efeitos no decurso das trajetórias terapêuticas.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aartman, I. H. A., van Everdingen, T., Hoogstraten, J., & Schuurs, A. H. B. (1996). Appraisal of behavioral measurement techniques for assessing dental anxiety and fear in children: A review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 18(2), 153–171. doi:10.1007/BF02229114
- Aartman, I. H. A., van Everdingen, T., Hoogstraten, J., & Schuurs, A. H. B. (1998). Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: A critical assessment. *Journal of Dentistry for Children*, 65(4), 252–258.
- Abrahamsson, K. H., Berggren, U., Hallbrg, L., & Carlsson, S. G. (2002). Dental phobic patients' view of dental anxiety experiences in dental care: A quality study. *Scand J Caring Sci*, 16, 188–196.
- Afshar, H., Nakhjavani, Y. B., Mahmoudi-Gharaei, J., Paryab, M., & Zadhoosh, S. (2011). The Effect of Parental Presence on the 5 year-Old Children's Anxiety and Cooperative Behavior in the First and Second Dental Visit. *Iranian Journal of Pediatrics*, 21(2), 193–200. Obtido de <http://www.bioline.org.br/request?pe11033>
- Anrup, K., Berggren, U., Broeberg, A. G., & Bondin, L. (2004). A short-term follow-up of treatment outcome in groups of uncooperative child dental patients. *Eur J Paediatr Dent*, 5, 216–224.
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.<sup>a</sup> ed.). Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Baier, K., Milgrom, P., Russell, S., Mancl, L., & Yoshida, T. (2004). Children's fear and behavior in private pediatric dentistry practices. *Pediatric Dentistry*, 26(4), 316–321.
- Balmer, R., O'Sullivan, E. A., Pollard, M. A., & Curzon, M. E. (2004). Anxiety related to dental general anesthesia: Changes in anxiety in children and their parents. *Eur J Paediatr Dent*, 5, 9–14.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bankole, O. O., Aderinokun, G. A., Denloye, O. O., & Jeboda, S. O. (2002). Maternal and child's anxiety effect on child's behaviour at dental appointments and treatments. *Afr J Med Sci*, 31(4), 349–352.
- Beck, F. M., & Weaver, J. M. (1981). Blood pressure and heart rate responses to anticipated high stress dental treatment. *Journal of Dental Research*, 60, 26–29.
- Berge ten, M., Veerkamp, J. S., Hoogstraten, J., & Prins, P. J. (2001). Parental beliefs on the origins of child dental fear in the Netherlands. *ASCS Journal of Dentistry for Children*, 68, 51–54.

- Bottan, E. R., Lehmkuhl, G. L., & Araújo, S. M. (2008). Ansiedade no tratamento odontológico: Estudo exploratório com crianças e adolescentes de um município de Santa Catarina. *RSBO*, 5(1), 13–19.
- Bottan, E. R., Silveira, E. G., Odebrecht, C. M. D. L. R., de Araújo, S. M., & de Farias, M. M. A. G. (2010). Relação entre Ansiedade ao Tratamento Dentário e Caracterização do «Dentista Ideal»: Estudo com Crianças e Adolescentes. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 51(1), 19–23.
- Cardeña, E., Terhune, D. B., Lööf, A., & Buratti, S. (2009). Hypnotic experience is related to emotional contagion. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 57(1), 33–46. doi:10.1080/00207140802463500
- Colares, V., & Caraciolo, G. (2005). Motivo da visita ao dentista pelas crianças com cinco anos de idade na cidade do Recife. *Odontol. Clín.-Cient.*, 4(3), 193–198.
- Corah, N. L. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*, 48(4), 596.
- Corrêa, M. S. N. P., Guedes-Pinto, A. C., & Echeverria, S. (2010). Influências familiares e conselhos aos pais. Em A. C. Guedes-Pinto (Ed.), *Odontopediatria* (8<sup>a</sup> ed., pp. 161–166). São Paulo: Santos.
- Costa, S. M., & de Moraes, A. B. A. (1994). Medo em odontologia: Um estudo com escolares. *Revista Brasileira de Odontologia*, 51(5), 26–31.
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Cunha, W. A., Corrêa, M. S. N. P., & Alvarez, J. A. (2007). Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Revista Estomatológica Herediana*, 17(1), 9–11.
- Di Leo, J. (1987). *A Interpretação do Desenho Infantil*. Porto Alegre, Brazil: Artes Médicas.
- Dias, M. R., Amorim, A., Freches, A., & Guilherme, J. (2006). Masked dentist in therapeutic setting. *EACH 2006 – International Conference in Healthcare Abstracts*, P31.05.
- Dikshit, P., Limbu, S., & Bhattarai, K. (2013). Evaluation of Dental Anxiety in Parents Accompanying their Children for Dental Treatment. *Orthodontic Journal of Nepal*, 3(1), 47–52.
- Dworkin, S. F., Ferrence, T. P., & Giddon, D. B. (1978). Aversive interactions: Stress, anxiety and fear. Em Autor (Ed.), *Behavioral science in dental practice* (pp. 228–239). St. Louis: The C.V. Mosby Company.
- Ebisch, S. J., Aureli, T., Bafunno, D., Cardone, D., Romani, G. L., & Merla, A. (2012). Mother and child in synchrony: Thermal facial imprints of autonomic contagion. *Biological psychology*, 89, 123–129. doi:10.1016/j.biopsycho.2011.09.018

- Fávero, M. H., & Salim, C. M. R. (1995). A relação entre os conceitos de saúde, doença e morte: Utilização de desenho na coleta de dados. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 11(3), 181–191.
- Forgione, A., & Clark, E. (1974). Comments on an empirical study of the cause of dental fears. *J Dent Res*, 53, 496.
- Frankl, S. N., Shiere, F. R., & Fogels, H. R. (1962). Should the parent remain with the child in the dental operatoy? *Journal of Dentistry for Children*, 29, 150–163.
- Freitas Oliveira, M. De, Moraes, M. V. M. De, & Cardoso, D. D. (2012). Avaliação da ansiedade infantil prévia ao Tratamento odontológico. *Publ. UEPG Ci. Biol. Saúde*, 18(1), 31–37.
- Freitas Oliveira, M., Moraes, M. V. M. De, & Evaristo, P. C. S. (2012). Avaliação da Ansiedade dos Pais e Crianças frente ao Tratamento Odontológico. *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, 12(4), 483–489.
- Giglio, E. M., Guedes-Pinto, A. C., Miranda, I. M. A. D., & Echeverria, S. (2010). Princípios da psicologia e sua relação com a odontopediatria. Em A. C. Guedes-Pinto (Ed.), *Odontopediatria* (8ª ed., pp. 145–147). São Paulo: Santos.
- Goés, M. P. S., Domingues, M. C., Couto, G. B. L., & Barreira, A. K. (2010). Ansiedade , medo e sinais vitais dos pacientes infantis. *Odontol. Clin.-Cient.*, 9(1), 39–44.
- Gouveia, V. V, Guerra, V. M., Santos, W. S., & Singelis, T. M. (2007). Escala de Contágio Emocional: Adaptação ao contexto Brasileiro. *PSICO*, 38(1), 45–54.
- Greig, A., Taylor, J., & Mackay, T. (2007). *Doing research with children* (2ª ed.). Londres: Sage Publications.
- Hatfield, E., Cacioppo, J. L., & Rapson, R. L. (1993). Emotional Contagion. *Current Directions in Psychological Sciences*, 2, 96–99.
- Helman, C. G. (1993). Doctor-Patient Interactions. Em *Culture, health and illness* (2ª ed., pp. 124–126). Oxford: Butterworth-Heinmann.
- Humphris, G. M., Freeman, R., Campbell, J., Tuutti, H., & D’Souza, V. (2000). Further evidence for the reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale. *International Dental Journal*, 50(6), 367–370. doi:10.1111/j.1875-595X.2000.tb00570.x
- Humphris, G. M., Morrison, T., & Lindsay, S. J. E. (1995). The Modified Dental Anxiety Scale: Validation and United Kingdom Norms. *Community Dental Health*, 12, 143–150.
- Johnson, R., & Baldwin, D. C. (1968). Relationship of maternal anxiety to the behaviour of young children undergoing dental extraction. *Journal of Dental Research*, 47, 801–805.
- Johnson, R., & Baldwin, D. C. (1969). Maternal anxiety and child behavior. *ASDC journal of dentistry for children*, 36, 87–92.

- Kanegane, K., Penha, S. S., Borsatti, M. A., & Rocha, R. G. (2006). Ansiedade ao tratamento odontológico no atendimento de rotina. *RGO*, 54(2), 111–114.
- Kanwal, F., Jamil, Y., & Khan, H. (2012). Effect of parental anxiety on child behaviour in the dental surgery. *JKCD*, 2(2), 74–77.
- Kent, G. G. (1984). *The psychology of dental care (Dental practitioner handbook)*. Bristol: Wright.
- Klaassen, M. A., Veerkamp, J. S., & Hoogstraten, J. (2007). Dental fear, communication and behavioural management problems in children referred for dental problems. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 17, 469–477.
- Klaassen, M., Veerkamp, J., & Hoogstraten, J. (2003). Predicting dental anxiety. *Eur J Paediatr Dent*, 4, 171–176.
- Kleinknecht, R. A., Klepac, R. K., & Alexander, L. D. (1973). Origins and characteristics of fear in dentistry. *Journal of American Dental Association*, 86(4), 842–848.
- Klingberg, G., & Broberg, A. C. (1998). Temperament and child dental fear. *Pediatric Dentistry*, 20, 237–243.
- Klingberg, G., & Broberg, A. G. (2007). Dental fear/anxiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 17, 391–406.
- Koenigsberg, S. R., & Johnson, R. (1972). Child behavior during sequential dental visits. *Journal of American Dental Association*, 85, 128–132.
- Koenigsberg, S. R., & Johnson, R. (1975). Child behavior during three dental visits. *J Dent Child*, 33–36.
- Kyritsi, M. A., Dimou, G., & Lygidakis, N. A. (2009). Parental attitudes and perceptions affecting children's dental behaviour in Greek population. *Eur Arch Paediatr Dent*, 10, 29–32.
- Lautch, H. (1971). Dental Phobia. *The British Journal of Psychiatry*, 119(549), 151–158.
- Le Bon, G. (1896). *The crowd: A study of the popular mind*. Kitchener, Canadá: Batoche Books.
- Lechner, V. (1975). The influence of the family. Em G. Z. Wright (Ed.), *Behavior Management in Dentistry for Children* (pp. 73–87). Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Locker, D., Liddel, A., Dempster, L., & Shapiro, D. (1999). Age of onset on dental anxiety. *Journal of Dental Research*, 78, 790–796.

- Lopes, P. N. (2005). *Contribuição para o estudo da Ansiedade Dentária: Validação de uma versão portuguesa do Dental Anxiety Inventory em estudantes do Ensino Superior*. (Tese de Mestrado) Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Lopes, P. N., Ponciano, E., Pereira, A., Medeiros, J. A., & Kleinknecht, R. A. (2004). Psicometria da ansiedade dentária: Avaliação das características psicométricas de uma versão portuguesa do Dental Fear Survey. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial*, 45(3), 133–146.
- Lundqvist, L. O. (2008). The relationship between the biosocial model of personality and susceptibility to emotional contagion: A structural equation modeling approach. *Personality and Individual Differences*, 45, 89–95. doi:10.1016/j.paid.2008.03.003
- Marchioni, S. A. E. (2009). A formação do vínculo no atendimento odontológico. Em L. Seger (Ed.), *Psicologia e Odontologia - Uma abordagem integradora*.
- Marques, K. B. G., Grandvohl, M. P. B., & Maia, M. C. G. (2010). Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças do município de Acaraú-CE. *RBPS*, 23(4), 358–367.
- Meira Filho, M. M. O., Araújo, D. T. C., Menezes, V. A., & Garcia, A. F. G. (2009). Atendimento odontológico da criança : Percepção materna. *RGO*, 57(3), 311–315.
- Menezes, M., Moré, C. L. O. O., & Cruz, R. M. (2008). O desenho como instrumento de medida de processos psicológicos em crianças hospitalizadas. *Avaliação Psicológica*, 7(2), 189–198.
- Milgrom, P., Weinstein, P., & Getz, T. (1995). *Treating fearful dental patients: a patient management handbook* (Vol. 7137). Seattle: Continuing Dental Education.
- Nilsson, P. (2003). *Empathy and Emotions: On the notion of empathy as emotional sharing*. Umea, Suécia: Umea University Print & Media.
- Öhman, A. (2000). Fear and anxiety: Evolutionary, cognitive and clinical perspectives. Em M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed., pp. 573–593). New York: The Guilford Press.
- Oliveira, M. M. T., Colares, M., & Campioni, A. (2009). Ansiedade, dor e desconforto relacionado à saúde bucal em crianças menores de 5 anos. *Odontol. Clín.-Cient.*, 8(1), 47–52.
- Öst, L., & Skaret, E. (2013). *Cognitive behavioral therapy for dental phobia and anxiety*. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Peinado, N. R., Boluda, R. O., Martínez, R. M., & López, G. N. E. (2008). Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico. *Gazeta Dental*, 195, 150–163.
- Pinkham, J. R. (1993). The roles of requests and promises in child patient management. *Journal of Dentistry for Children*, 60(3), 169–174.

- Plummer, D. M. (2010). *Helping children to cope with change, stress and anxiety*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.
- Possobon, R. de F., Carrascoza, K. C., de Moraes, A. B. A., & Costa, Á. L. (2007). O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicologia em Estudo*, 12(3), 609–616.
- Ramos-Jorge, M. L., & Pordeus, I. A. (2004). Por que e como medir a ansiedade infantil no ambiente odontológico. Apresentação do Teste VPT modificado. *JBP - Revista Ibero-Americana de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, 7(37), 282–290.
- Ramos-Jorge, M. L., Serranegra, J. M., Pordeus, J. M., & Paiva, S. M. (1999). A ansiedade materna como fator de influência na adaptação comportamental do paciente odontopediátrico. *Arq Odontol*, 35(1/2), 61–70.
- Rayen, R., Muthu, M. S., Rao, C. R., & Sivakumar, N. (2006). Evaluation of physiological and behavioral measures in relation to dental anxiety during sequential dental visits in children. *Indian Journal of Dental Research*, 17, 27–34.
- Reis, F., Dias, M. R., & Leal, I. (2008). A consulta no setting odontopediátrico: A percepção subjetiva do medo. *Análise Psicológica*, 2(XXVI), 239–250.
- Reis, F., Dias, M. R., & Leal, I. (2011). A representação mental da consulta de odontopediatria com o recurso ao desenho. Em J. A. C. Teixeira (Ed.), *Comportamento e Saúde* (pp. 155–176). Lisbon, Portugal: Publicações ISPA.
- Ribas, T. A., Guimarães, V. P., & Losso, E. M. (2006). Avaliação da ansiedade odontológica de crianças submetidas ao tratamento odontológico. *Arquivos em Odontologia*, 42(3), 190–198.
- Rodrigues, C. R. M. D., Corrêa, M. S. N. P., & Mattos-Graner, R. O. (1998). A tríade profissional: Criança- Pais e as suas interações na prática clínica. Em M. S. N. P. Corrêa (Ed.), *Odontopediatria na primeira infância* (pp. 179–187). São Paulo: Santos.
- Salem, K., Kousha, M., Anissian, A., & Shahabi, A. (2012). Dental fear and concomitant factors in 3-6 year old children. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospect*, 6(2), 70–74.
- Salomão, H. A. S., Martini, M., & Jordão, A. P. M. (2007). A importância do lúdico na educação infantil: Enfocando a brincadeira e as situações de ensino não direcionado. Obtido 14 de dezembro de 2014, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0358.pdf>
- Sexton, J., Mourino, A. P., & Browntein, M. P. (1993). Children's behaviour in emergency and non-emergency dental situations. *Journal of Pediatric Dentistry*, 17, 61–63.
- Shoben, E. J., & Borland, L. (1954). An empirical study of the etiology of dental fears. *Journal of Clinical Psychology*, 10(2), 171–174.
- Soler, R. J., Coscolín, G. E., Ellacuria, E. J., & Roig, G. J. (2003). Reacciones psicológicas al tratamiento dental (I). *Revista Europea de Odonto-Estomatologia*, 15(1), 33–38.

- Tambellini, M. M., & Gorayeb, R. (2003). Escalas de medo odontológico em crianças e adolescentes: Uma revisão de literatura. *Paidéia*, *13*, 156–161.
- Ten Berg, M., Veerkamp, J. S., Hoogstraten, J., & Prins, P. J. (2003). Childhood dental fear in relation to parental child rearing attitudes. *Psychol Rep*, *92*, 43–50.
- Ten Berge, M., Veerkamp, J. S. J., & Hoogstraten, J. (2002). The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *Journal of Anxiety Disorders*, *16*(3), 321–329. doi:10.1016/S0887-6185(02)00103-2
- Tomita, L. M., Junior, A. L. C., & de Moraes, A. B. A. (2007). Ansiedade materna manifestada durante o tratamento odontológico de seus filhos. *Psico-USF*, *12*(2), 249–256.
- Topaloglu-ak, A., Eden, E., & Frencken, J. E. (2007). Percieved dental anxiety among schoolchildren treated through three caries removal approaches. *J Appl Oral Sci*, *15*(3), 235–240.
- Valiente, C., Eisenberg, N., Shepard, S. A., Fabes, R. A., Cumberland, A. J., Losoya, S. H., & Spinrad, T. L. (2004). The relations of mothers' negative expressivity to children's experience and expression of negative emotion. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *25*, 215–235. doi:10.1016/j.appdev.2004.02.006
- Venham, L. L., & Gaulin-Kremer, E. (1979). A self-report measure of situational anxiety for young children. *Pediatric Dentistry*, *1*(2), 91–96.
- Venham, L. L., Gaulin-Kremer, E., Munster, E., Bengston-Audia, D., & Cohan, J. (1980). Interval rating scales for children's dental anxiety and uncooperative behavior. *Pediatric Dentistry*, *2*(3), 195–202.
- Vermaire, J. H., Jongh, A., & Aartman, I. H. (2008). Dental anxiety and quality of life: The effect of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol*, *36*, 409–416.
- Vigotsky, L. S. (1989). *A formação social da mente* (3ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Weiner, A., & Sheehan, D. (1990). Etiology and dental anxiety: Psychological trauma or CNS chemical imbalance? *General Dentistry*, *Jan-Feb*, 39–43.
- Wild, B., Erb, M., & Bartels, M. (2001). Are emotions contagious? Evoked emotions while viewing emotionally expressive faces: quality, quantity, time course and gender differences. *Psychiatry Research*, *102*, 109–124. doi:10.1016/S0165-1781(01)00225-6
- Wright, G. Z., Alpern, G. D., & Leake, J. L. (1973). The modifiability of maternal anxiety as it relates to children's cooperative dental behavior. *Journal of Dentistry for Children*, *40*(4), 265–271.



# ANEXOS

---



## Anexo 1 – Questionário Demográfico

### QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO

#### “Ansiedade de Contágio Pais-Criança em Odontopediatria”

Data de Aplicação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Sobre a criança:

1. Sexo: M  F

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Motivo da actual consulta de Medicina Dentária:

\_\_\_\_\_

4. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

#### Sobre o pai/responsável:

1. Sexo: M  F

2. Idade: \_\_\_\_\_

3. Estado Civil:

Solteiro

Casado

Divorciado

Viúvo

Em união de facto

4. Profissão: \_\_\_\_\_

5. Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

6. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

**Anexo 2 – VPT Modificado**

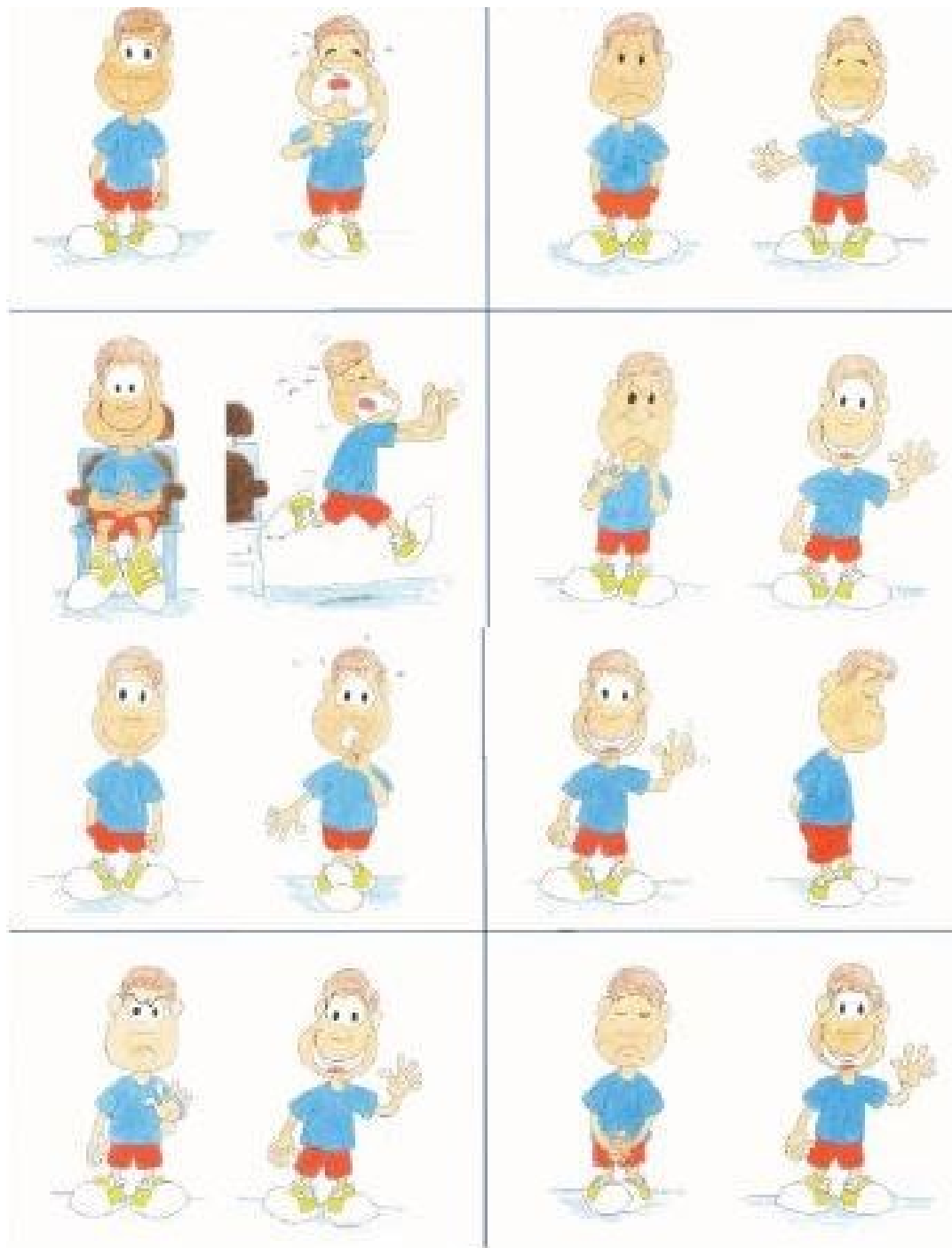
**VPT Modificado – Menina de Etnia Branca**



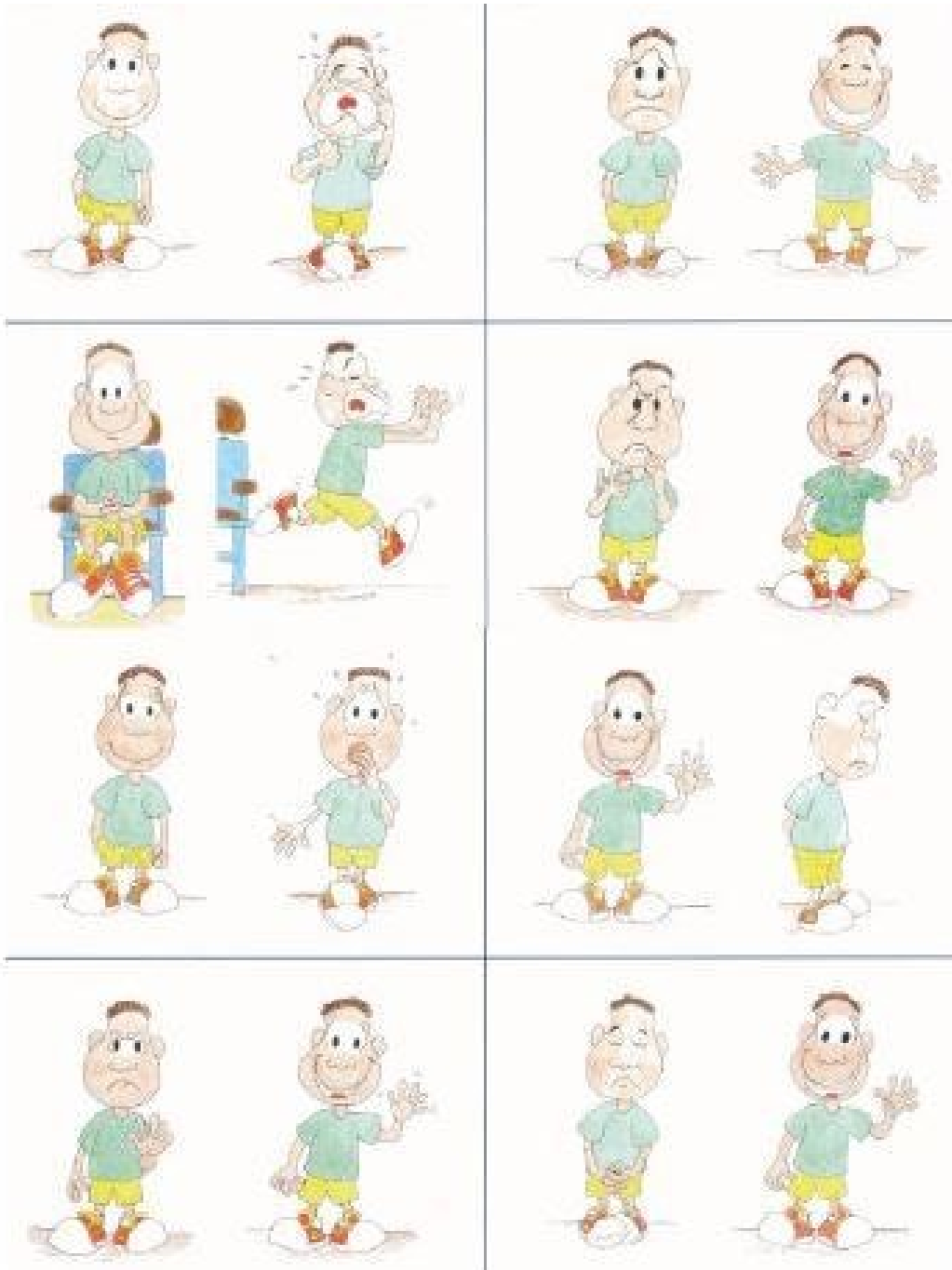
VPT Modificado – Menina de Etnia Negra



**VPT Modificado – Menino de Etnia Branca**



VPT Modificado – Menino de Etnia Negra



### Anexo 3 – Versão Portuguesa da MDAS

## MDAS

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

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

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

*Nada Ansioso*       *Um pouco Ansioso*       *Moderadamente Ansioso*       *Muito Ansioso*       *Extremamente Ansioso*

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

*Nada Ansioso*       *Um pouco Ansioso*       *Moderadamente Ansioso*       *Muito Ansioso*       *Extremamente Ansioso*

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

*Nada Ansioso*       *Um pouco Ansioso*       *Moderadamente Ansioso*       *Muito Ansioso*       *Extremamente Ansioso*

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

*Nada Ansioso*       *Um pouco Ansioso*       *Moderadamente Ansioso*       *Muito Ansioso*       *Extremamente Ansioso*

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

*Nada Ansioso*       *Um pouco Ansioso*       *Moderadamente Ansioso*       *Muito Ansioso*       *Extremamente Ansioso*

## Anexo 4 – Email trocado com a Prof. Doutora Maria Leticia Ramos-Jorge

08/12/2014

Mensagem de Impressão do Outlook.com

[Imprimir](#)[Fechar](#)

---

**Re: Autorização de utilização de instrumento - Dissertação de Mestrado**

---

De: **Maria Leticia** (mlramosjorge@gmail.com)  
Enviada: sexta-feira, 14 de Novembro de 2014 11:41:41  
Para: **Nádia Martins** (nadialmartins@hotmail.com)

Querida Nádia,  
pode aplicar o VPT Modificado sim! Você tem os desenhos? Me dê notícias dos resultados.  
Abraços  
Maria Leticia

Enviado do meu iPad

Em 14/11/2014, às 08:46, Nádia Martins <nadialmartins@hotmail.com> escreveu:

Exclentíssima Professora Doutora Maria Leticia Ramos-Jorge,

Na qualidade de discente do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do ISCSEM, para a Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projecto Final, para realização da Dissertação de Mestrado com o tema "Ansiedade de Contágio Pais-Filhos em Odontopediatria" e sob a orientação da Professora Associada, Doutora Maria do Rosário Dias, venho por este meio solicitar-lhe a autorização para a utilização do instrumento VPT Modificado, da sua autoria, como instrumento de pesquisa da minha tese, cuja recolha de amostra será realizada na Clínica Universitária Egas Moniz, Almada, Portugal.

Com os melhores cumprimentos profissionais e académicos,  
Nádia Martins

## Anexo 5 – Email trocado com o Prof. Doutor Gerry Humphris

08/12/2014

Mensagem de Impressão do Outlook.com

[Imprimir](#)

[Fechar](#)

---

### Re: MDAS use permission

---

De: **Gerald Humphris** (gmh4@st-andrews.ac.uk)  
Enviada: sexta-feira, 14 de Novembro de 2014 16:55:09  
Para: **Nádia Martins** (nadialmartins@hotmail.com)

Of course you are very welcome to use the MDAS freely. Please acknowledge the source of the scale.

Good luck with your research  
Gerry Humphris

Prof. Gerry Humphris  
University of St Andrews  
Medical School, North Haugh  
St Andrews, Fife, KY16 9TF

The University of St Andrews  
is a charity registered in  
Scotland : SCO13532

On 14 Nov 2014, at 16:44, "Nádia Martins" <nadialmartins@hotmail.com> wrote:

Dear Professor Humphris,

I am a student at the Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (Almada, Portugal), I am writing to you to ask your permission to use the Modified Dental Anxiety Scale in my dissertation for my Master degree in Dentistry entitled "Ansiedade de Contágio Pais-Filhos em Odontopediatria" ("Parent-Children Contagious Anxiety in Pediatric Dentistry"), under the orientation of Maria do Rosário Dias, PhD. Even though I read at your University of St Andrews website that the MDAS is freely available, this email was requested by Maria do Rosário Dias, PhD.

Yours sincerely,

Nádia Martins

## Anexo 6 – Email trocado com o Prof. Doutor Pedro Nuno Lopes

08/12/2014

Mensagem de Impressão do Outlook.com

[Imprimir](#)[Fechar](#)**Re: Autorização de utilização de instrumento - Dissertação de Mestrado**

De: **Pedro Nuno Lopes** (pedro.lopes@sas.uc.pt)  
Enviada: segunda-feira, 17 de Novembro de 2014 10:53:36  
Para: **Nádia Martins** (nadialmartins@hotmail.com)

Cara Nádia:

Foi com muito gosto que recebi o seu email. Deixe-me que lhe diga que é raro receber um pedido de autorização tão organizado e com a informação pertinente toda tão explícita. O tema da tese parece-me interessantíssimo e muito original. Agradeço obviamente o pedido de autorização para o uso do MDAS mas o próprio Professor Gerry Humphris, autor da versão original do instrumento, o considera de uso livre e o tem disponível no seu sítio web para utilização. Posso, no entanto, da minha parte, deixar-me à disposição para qualquer disponibilização de bibliografia (se a tiver), esclarecimento ou colaboração se porventura considerar necessário. Desconfio, no entanto, que, sob a orientação da Professora Doutora Maria do Rosário Dias, os meus préstimos não serão grandemente necessários.

Deixo, no entanto, um pedido: que me envie um exemplar em pdf da Tese depois de defendida, ou de qualquer outro resultado da investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Nuno Lopes

Em 2014-11-14 17:09, Nádia Martins escreveu:

Exclentíssimo Professor Doutor Pedro Nuno Lopes,

Na qualidade de discente do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária do ISCSEM, p Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projecto Final, para realização da Dissertação de Mestrado com o tema "Ansiedade de Contágio Pais-Filhos em Odontopediatria" e sob a orientaçã Professora Associada, Doutora Maria do Rosário Dias, venho por este meio solicitar-lhe a autoriz para a utilização do instrumento MDAS traduzido para português, da sua autoria, como instrume pesquisa da minha tese, cuja recolha de amostra será realizada na Clínica Universitária Egas Mo Almada, Portugal.

Com os melhores cumprimentos profissionais e académicos,  
Nádia Martins

<https://dub126.mail.live.com/oi/mail.mvc/PrintMessages?mkt-pt-pt>

1/2