

Ana Elisa Infante Moreira

**AVALIAÇÃO E GESTÃO DA ANSIEDADE DENTÁRIA NA CONSULTA DE
ODONTOPEDIATRIA: REVISÃO NARRATIVA**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2020

Ana Elisa Infante Moreira

**AVALIAÇÃO E GESTÃO DA ANSIEDADE DENTÁRIA NA CONSULTA DE
ODONTOPEDIATRIA: REVISÃO NARRATIVA**

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2020

Ana Elisa Infante Moreira

**AVALIAÇÃO E GESTÃO DA ANSIEDADE DENTÁRIA NA CONSULTA DE
ODONTOPEDIATRIA: REVISÃO NARRATIVA**

Trabalho apresentado à Faculdade de Ciências
de Saúde da Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Medicina Dentária, sob orientação da
Prof^a Doutora Susana Marinho.

Nome do aluno

RESUMO

A ansiedade dentária é uma manifestação de temor ante situações relacionadas ao atendimento na consulta de medicina dentária, que causam apreensão e desconforto, criando expectativa negativa no paciente. Esta ansiedade em pacientes pediátricos pode gerar problemas na gestão do comportamento pelo médico dentista, e isto pode afetar o sucesso do tratamento odontológico das crianças. O reconhecimento e gestão precoces da ansiedade dentária são a chave para um tratamento eficaz no paciente. O objetivo deste trabalho focou-se na pesquisa de instrumentos de medida da ansiedade dentária na infância e métodos de gestão dos pacientes na consulta. Para tal foi conduzida uma revisão narrativa da literatura com base em artigos publicados nos últimos 10 anos, mas também os publicados anteriormente a este período desde que considerados relevantes para a pesquisa. Verificou-se que o conhecimento sobre o conceito e os instrumentos de medida da ansiedade dentária permitem entender melhor o que pode manifestar a criança na consulta com o médico dentista, e deste modo, intervir com estratégias para reduzir a ansiedade dentária durante os procedimentos clínicos.

Palavras-chave: ansiedade dentária; odontopediatria; escalas de ansiedade dentária; gestão de comportamentos.

ABSTRACT

Dental anxiety is a manifestation of fear in the face of situations related to dental care consultation, which cause apprehension and discomfort, creating negative expectations in the patient. This anxiety in pediatric patients can lead to problems in behavior management by the dentist, and this can affect the success of children's dental treatment. Early recognition and management of dental anxiety is the key to effective patient treatment. The aim of this work was to research instruments for measuring dental anxiety in childhood and methods of patient management in the consultation. To this end, a narrative review of the literature was conducted based on articles published in the last 10 years, but also those published prior to this period as long as they are considered relevant to the research. It was found that knowledge about the concept and instruments for measuring dental anxiety allows a better understanding of child behaviors in the consultation with the dentist, thus being able to intervene with strategies to reduce dental anxiety during clinical procedures.

Keywords: dental anxiety; pediatric dentistry; dental anxiety scale; behavior management.

ÍNDICE

RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
I. INTRODUÇÃO.....	1
1. Materiais e Métodos.....	2
II. DESENVOLVIMENTO.....	2
2.1. Medo e Ansiedade, são sinónimos?.....	2
2.2. Definição e Etiologia de Ansiedade Dentária.....	3
2.3. Escalas de Avaliação de Ansiedade Dentária.....	5
i. <i>Venham Picture Test</i>	5
ii. <i>Child Fear Survey Schedule</i> - Escala de Avaliação de medo nas crianças.....	6
iii. Escala de Ansiedade de Corah.....	6
iv. <i>Facial Image Scale</i>	7
2.4. Gestão da ansiedade dentária na consulta de odontopediatria.....	7
i. Técnicas não farmacológicas.....	8
ii. Técnicas farmacológicas.....	11
III. DISCUSSÃO.....	13
IV. CONCLUSÃO.....	15
V. BIBLIOGRAFIA.....	16

II. INTRODUÇÃO

A ansiedade é uma manifestação psicofisiológica que atua como mecanismo psicológico adaptativo frente cenários de ameaça, medo ou incerteza. Em algumas situações se traduz numa desagradável sensação psíquica de preocupação excessiva frente a acontecimentos futuros, podendo levar a pessoa a evitá-los. A ansiedade dentária (AD) descreve-se como uma emoção ou sensação psíquica desagradável ou dolorosa gerada pela ideia de receber atendimento odontológico (Mautz et al., 2017).

Desde há muitos anos a ansiedade e o medo ao tratamento dentário têm sido reconhecidos como uma fonte de problemas na gestão da conduta do paciente infantil. Todo médico dentista que se disponha assumir a responsabilidade de atender crianças, deve ter em mente que a sua tarefa não será muito fácil. Isto porque, o exercício da odontopediatria não pode limitar-se unicamente à execução de procedimentos preventivos e curativos. Também inclui o desempenho de um papel importante nas áreas comportamental e educacional, considerando as características de cada criança, a fase de desenvolvimento em que se encontra e as circunstâncias específicas de cada situação odontológica (Munayco et al., 2018).

Existe um interesse considerável em conhecer os principais aspectos relacionados com a ansiedade e o medo em crianças e adolescentes que, frequentemente, não conseguem expressar claramente o que sentem numa situação assustadora (Nilton et al., 2019).

É então, por este motivo, que se propôs a exploração dos instrumentos de avaliação de AD, sendo o principal objetivo deste trabalho pesquisar instrumentos de medida da AD na infância e métodos de gestão destes pacientes na consulta.

Justifica-se a escolha do tema pela necessidade de compreender a ansiedade que as crianças podem apresentar face ao tratamento dentário e pela vontade de contribuir, com o estudo, para um melhor atendimento dos pacientes pediátricos numa consulta de medicina dentária.

1.1. Materiais e Métodos

A metodologia adotada neste trabalho consistiu numa revisão narrativa da literatura, abordando especificamente a AD na infância. Os critérios de inclusão utilizados na pesquisa foram os artigos que relacionassem a ansiedade com a medicina dentária, sendo que nos artigos a sua análise integral foi realizada só após a leitura do resumo, avaliando se seria de interesse do ponto de vista do tema escolhido. Foram priorizados textos publicados entre 2009 e 2019, mas também os publicados anteriormente a este período desde que considerados relevantes para a pesquisa. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: PubMed, Scielo e Redalyc, em língua portuguesa, inglês e espanhol.

Como critérios de exclusão artigos que não se focassem no tema escolhido. Inicialmente, conjugando as palavras-chave obteve-se um total de 110 artigos, que após a leitura do título foram reduzidos a 58 e após a leitura do resumo, foram reduzidos a 34 artigos, utilizados na presente revisão narrativa da literatura.

II. DESENVOLVIMENTO

2.1. Medo e Ansiedade, são sinónimos?

O medo é uma emoção primária e poderosa que nos alerta sobre o perigo iminente, em relação a um objeto ou situação. Quando o perigo é reconhecido, o indivíduo reage com um conjunto de respostas comportamentais e neurovegetativas acompanhadas de uma experiência desagradável (Kanegane et al., 2003).

O medo faz parte do desenvolvimento infantil e da infância; em geral, é transitório, mas pode persistir por longos períodos, como pode acontecer com o medo ao tratamento odontológico. A ansiedade, por outro lado, é entendida como uma resposta a situações

Avaliação e Gestão da Ansiedade Dentária na Consulta de Odontopediatria: revisão narrativa

em que a fonte de ameaça ao indivíduo não está bem definida ou não está objetivamente presente. (Singh et al., 2000; Soares et al., 2010).

De acordo com Moraes et al., (1993) e Weinstein et al., (1982) (*cit. in* Singh et al., 2000), embora a capacidade de vivenciar o medo seja uma função biológica inata, as respostas de medo a certos objetos e situações são em grande parte adquiridas através da aprendizagem.

A ansiedade e o medo estão intimamente relacionados; ambos constituem reações diante de uma situação efetiva. De modo geral, a ansiedade se diferencia do medo pela ausência de um estímulo externo que produz a reação. A ansiedade também tem sido descrita como medo não resolvido (Belavenutti, 2009; Khanduri et al., 2019).

Conforme Martins e Dias, (2015); Singh et al., (2000), a ansiedade causa apreensão, desconforto e cria expectativas negativas ao doente. Entretanto, outros autores afirmaram que o medo e a ansiedade estão interligados e que é praticamente impossível separar os dois nas pesquisas realizadas no campo da odontologia (Soares et al., 2010)

Enquanto a fobia, é uma associação patológica de medo com ansiedade, um medo persistente, irracional e intenso de um estímulo específico que resulta em um desejo irresistível de evitar o objeto de terror, atividade ou situação (Alvarez e Rivero; 2006 Appukuttan 2016).

Pacientes com sinais de ansiedade e medo podem ser identificados pelo seu comportamento e pela avaliação e reconhecimento de alguns sinais físicos, como dilatação das pupilas, palidez da pele, transpiração excessiva, sensação de formigamento das extremidades e, inclusive, aumento da pressão arterial (Lima e Casanova, 2006; Soares et al., 2010).

2.2. Definição e Etiologia da Ansiedade Dentária

Quando o estado de ansiedade ocorre diante do tratamento odontológico, este tem sido denominado de AD, cuja intensidade varia de um paciente para outro ou até no mesmo paciente, em função do tipo de procedimento (Araujo et al., 2013).

Avaliação e Gestão da Ansiedade Dentária na Consulta de Odontopediatria: revisão narrativa

Existem agentes externos que provocam a AD, mas os detonadores internos (lembranças de experiências anteriores, pensamentos, fantasias pessoais) e o grau de intensidade destes é que vão determinar a reação da ansiedade, que pode ser manifestada por um estado de inquietação que vai aumentando progressivamente. Existem autores que afirmam que quanto maior a ansiedade do paciente, maior será a sua sensibilidade à dor (Araujo et al., 2013; Ferreira et al. 2003).

A ansiedade face ao tratamento dentário tem sido relacionada à etiologia multifatorial, influenciada principalmente por aspectos internos do indivíduo, o ambiente no qual ele vive e ainda a própria situação de atendimento odontológico. Experiências odontológicas anteriores negativas parecem ser determinantes na ansiedade. Muitas vezes, essas experiências negativas são vividas na infância, quer de forma direta, a partir de procedimentos invasivos, quer transmitidas para as crianças de uma forma indireta através dos pais, irmãos e amigos, que lhes relatam o atendimento sempre associado a processos que envolvem dor (Araujo et al., 2013; Mautz et al., 2017; Soares et al., 2009).

A AD infantil também pode desenvolver-se devido a traços de personalidade em que alguns indivíduos são inerente e genericamente nervosos ou ansiosos e, como resultado, têm uma maior predisposição para desenvolver AD (Cunha et al., 2015).

A AD culmina muitas vezes em evitamento na procura do atendimento, agravando a situação de saúde oral, gerando dor e desconforto, criando assim uma expectativa negativa no paciente (Flauzino et al., 2019).

O estado emocional geral e algumas características das crianças, tais como timidez e emoção exacerbada, podem ser fatores de risco para o desenvolvimento da AD (Klinberg, 2008). Além disso, crianças com problemas médicos ou com problemas cognitivos podem ter mais dificuldades em lidar com a situação do tratamento odontológico (Cunha et al., 2015). De acordo com Araujo et al. (2013) e Maniglia et al. (2004), vários estudos têm demonstrado que a AD declina com o passar dos anos.

2.3. Escalas de ansiedade dentária

Para trabalhar com sucesso com um paciente com AD, o médico dentista deve primeiro identificar que um indivíduo está assustado ou nervoso e, em seguida, adotar uma abordagem de tratamento apropriada, adaptada às preocupações desse paciente. Para isso é importante que a triagem adequada envolva questionários de AD (Armfield e Heaton, 2013).

Vários instrumentos de avaliação da ansiedade face ao tratamento odontológico em crianças têm sido utilizados, entre os quais os mais empregados para mensurar a AD são: *Facial Image Scale* (Buchanan e Niven, 2002), *Venham Picture Test* (Venham e Gaulin-Kremer, 1979), *Venham Picture Test Modificado* (Urbina, 2006), Escala de Ansiedade de Corah (Corah, 1969), e *Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale* (Cuthbert e Melamed, 1982).

i. *Venham Picture Test* (VPT)

O *Venham Picture Test* (VPT) foi desenvolvido em 1979, por Venham porque não havia instrumentos para medir a ansiedade em crianças pequenas, onde a resposta não era verbal. Este instrumento utiliza figuras de crianças com diferentes estados emocionais, como estar feliz, assustado, chorando, triste, com raiva e pânico. A versão final consistiu em 8 figuras de crianças baseadas em correlações entre testes e impressões clínicas (Venham e Gaulin-Kremer *cit. in* Mafla et al., 2017; Gulser et al., 2016). As crianças podem responder por escrito, oralmente ou por gestos. Os escores obtidos variam de 0 (sem ansiedade) a 8 (muito ansioso) (Rivera et al., 2005).

Venham Picture Test Modificado

Esta versão foi alterada por Urbina em 2006, tendo sido realizadas modificações nas imagens em número, forma, cor, codificação e acréscimo do género feminino. As imagens foram codificadas de acordo com as reações emocionais (neutro; alegre; medo; aflito-choro; triste; raiva; pânico) e, diante delas, igual ao VPT, as crianças são estimuladas a escolher as figuras que mais refletem suas emoções (Soares et al., 2010).

Avaliação e Gestão da Ansiedade Dentária na Consulta de Odontopediatria: revisão narrativa

O VPT modificado é composto por 4 personagens (uma para cada 8 pares de figuras), 2 meninos e 2 meninas, de raça branca e negra. Cada conjunto de 8 pares de figuras apresenta várias reações emocionais e a criança deverá escolher, em cada par, aquela que melhor reflete as suas emoções. À figura reveladora de um sentimento negativo é atribuído um ponto e à figura representativa de um sentimento positivo não é atribuída pontuação, obtendo-se, no final, uma pontuação entre 0 (criança sem ansiedade) e 8 pontos (criança com extrema ansiedade) (Martins e Dias, 2015; Nogueira et al., 2019).

ii. *Child Fear Survey Schedule* - Escala de Avaliação de medo nas crianças

Esta Escala foi criada por Cuthbert e Melamed em 1982, com um questionário de 15 itens relacionados as situações que a criança possa temer, por exemplo, em relação a “dentista”, “médico”, “injeção” etc. Os indivíduos indicam a intensidade do seu medo numa escala com cinco alternativas de resposta que varia de “nenhum medo” (1 ponto) a “um medo intenso” (5 pontos) (Singh et al., 2000).

Pode ser aplicado diretamente a crianças com 7 anos ou mais; em crianças menores, os pais devem ajudá-los a responder (Munayco et al., 2018). A pontuação na escala é atribuída da seguinte forma: 1= sem medo, 2= pouco medo, 3= com medo, 4= bastante medo e 5= com muito medo (Munayco et al., 2018). O valor dos resultados obtidos têm por significado: 15 valores = sem medo, 16-37= baixo medo, 38 ou mais= muito medo (Munayco et al., 2018).

iii. Escala de Ansiedade de Corah

De acordo com Corah 1969 (*cit. in* Piano et al., 2019), esta Escala é conhecida como um instrumento para avaliar as manifestações da AD desde a década de 1970, sendo amplamente utilizada em várias línguas, por permitir reconhecer objetivamente o nível de ansiedade através da soma das respostas fornecidas pelas perguntas multi-itens. As perguntas são feitas sobre várias situações associadas ao consultório odontológico, como esperar uma sessão odontológica no dia seguinte, sentar na sala de espera, sentar na cadeira odontológica e aguardar à realização do tratamentos. Os itens de múltipla escolha foram pontuados 1, 2, 3, 4 e 5, com 1 significando ausência de ansiedade e 5 representando o nível máximo de ansiedade possível, isto aplicado a crianças depois dos

Avaliação e Gestão da Ansiedade Dentária na Consulta de Odontopediatria: revisão narrativa

6 anos de idade (Popescu et al., 2014). Para efeito de interpretação do grau de ansiedade, pacientes cuja soma das respostas foi inferior a 5 pontos, são considerados muito pouco ansiosos; entre 6 a 10 pontos, levemente ansiosos; entre 11 a 15 pontos, moderadamente ansiosos; e somas superiores a 15 pontos, extremamente ansiosos (Feitosa et al., 2012).

iv. Facial Image Scale (FIS)

Esta Escala foi desenvolvida por Buchanan e Niven em 2002, e é utilizada para avaliar a ansiedade, a partir dos 3 anos, consistindo no uso de cinco figuras faciais que apresentam características afetivas que variam de atitude negativa a positiva (Mafla et al., 2017). Neste teste a criança deve apontar com o dedo, com qual rosto se sentiu mais representada antes de entrar na consulta de medicina dentária; a resposta é registrada considerando os seguintes códigos; 1: muito feliz; 2: feliz; 3: indiferente; 4: triste; 5: muito triste (Mautz et al., 2017).

Os questionários, quando usados de maneira adequada, podem dar uma medida aproximada da AD de um paciente e uma indicação de cuidados especiais. Todavia, os questionários auto-administrados têm um valor limitado na avaliação da ansiedade de uma criança jovem, devido ao seu vocabulário e compreensão pouco desenvolvidos (Soares et al., 2010).

É importante implementar estes instrumentos para determinar o grau de ansiedade que as crianças apresentam, antes da consulta odontológica e, assim, colocar em prática as técnicas de gestão do comportamento, de acordo com as necessidades de cada paciente identificadas (Sias et al., 2018).

2.4. Gestão da ansiedade dentária na consulta de odontopediatria

A ansiedade por si só não é o problema, mas sim as estratégias inadequadas para geri-la, e o dentista está comprometido em ajudar o paciente a adquirir formas de gerir esse comportamento. Enquanto a criança possa aprender a controlar sua ansiedade no

consultório odontológico, isto vai influenciar seu comportamento futuro nos tratamentos (Munayco et al., 2018).

De acordo com Coares (*cit. in* Ferreira 2009) o controlo do comportamento do paciente infantil faz-se necessário, para viabilizar o atendimento odontológico, de forma a proporcionar segurança à criança e tranquilidade ao seu acompanhante.

Na odontologia pediátrica, é sabido que a ansiedade representa uma grande barreira à prática clínica, sendo precursora dos principais eventos não cooperativos. O sucesso do tratamento direcionado a crianças e adolescentes baseia-se na capacidade do clínico de lidar com os problemas comportamentais do paciente (Flauzino et al., 2019; Martins e Dias, 2015; Mautz et al., 2019).

Procedimentos como anestesia infiltrativa e uso de motores de alta e baixa rotação, usualmente estão associados a manifestações de medo, ansiedade e estresse por parte da criança. Estas respostas podem impedir, dificultar ou atrasar a realização do tratamento, e são commumente denominados como comportamentos de não-colaboração. Com a finalidade de proporcionar ao paciente a oportunidade para adquirir padrões mais eficientes de enfrentamento, frente às demandas do tratamento odontológico, o profissional pode fazer uso de estratégias de gestão de comportamentos (Sá et al., 2015).

i. Técnicas não farmacológicas

A gestão do comportamento mediante as técnicas não farmacológicas tem como objetivo estabelecer a confiança com o paciente pediátrico e desenvolver assim, uma atitude positiva a longo prazo (Quiroz e Melgar, 2012). Deve-se considerar que a ansiedade dos pais é um fator que influencia diretamente a ansiedade da criança, a presença ou ausência dos pais no gabinete odontológico pode-se usar para obter colaboração do paciente para o tratamento (Soares et al., 2009).

Dizer-mostrar-fazer

Uma das estratégias de gestão de comportamentos mais utilizadas utilizadas na interface entre psicologia e odontopediatria é a técnica do dizer-mostrar-fazer que envolve explicações verbais de acordo com o nível de desenvolvimento da criança (dizer); demonstração por meio dos sentidos (audição, olfato e tato) dos procedimentos claramente definidos (mostrar) e sem desviar da explicação ou demonstração, complementar o procedimento (fazer). Esta técnica possui o objetivo de familiarizar a criança com os procedimentos odontológicos (Armfield e Heaton, 2013; Sá et al., 2015; Soares et al., 2009).

O fato de apresentar os instrumentos e procedimentos a ser realizados tem o objetivo de reduzir a ansiedade da criança diante de uma situação desconhecida, evitando a geração de temores (Costa, 2002).

Comunicação não verbal

Corah (*cit. in* Abanto et al., 2010) afirma que inclui uma variedade de formas de expressão que não são palavras. Entre elas, temos gestos amigáveis e expressões faciais, carícias calmantes e contato físico, assim como o uso de sinais para interromper o tratamento da criança, entre outras maneiras. Sinais para interromper ou manifestar que algo é desconfortável para o paciente durante o tratamento são habitualmente usados por crianças com mais de 3 anos de idade. O paciente faz um sinal (geralmente levantando o braço) para indicar que deseja interromper o tratamento por um momento. Essa técnica envolve um grande número de componentes psicológicos, incluindo a construção de confiança na relação dentista-paciente e oferece ao paciente uma sensação de controle (Abanto et al., 2010).

Participação ativa

É outra estratégia de gestão que pretende o aumento da percepção de controle do paciente. Ela consiste em permitir que o paciente segure o espelho na mão, aspirador ou outro instrumento odontológico. Nesse caso, o aumento da percepção de controle

Avaliação e Gestão da Ansiedade Dentária na Consulta de Odontopediatria: revisão narrativa

também pode resultar em colaboração e adesão da criança quando submetida a situações adversas (Sá et al., 2006).

Reforço positivo

É uma técnica usada para estimular comportamentos desejáveis, através de estímulos sociais adequados como o elogio. Este procedimento inclui modulação de voz, expressão facial, frases verbais e demonstrações físicas da equipe odontológica de afeição, assim como até oferecer um “brinquedo” de baixo custo (Abanto et al., 2010; Armfield e Heaton, 2013; Soares et al., 2009).

Distração

De acordo com Armfield e Heaton (2013); Magora et al. e Ram et al. (*cit. in* Quiroz et al., 2012), a técnica de distração audiovisual oferece a diminuição do desconforto frequentemente associado a procedimentos odontológicos em crianças, pois assume o controle de dois tipos de sensações, auditivas e visuais. Ao mesmo tempo, isola parcialmente o paciente do som e do ambiente médico hostil.

A distração é particularmente eficaz em crianças pequenas ou quando há pouco tempo disponível para a preparação. Tipos de técnicas de distração incluem assistir a um vídeo, jogar um jogo, envolver-se com a criança em uma discussão sobre um tópico agradável, pedir para imaginar uma experiência agradável ou dar à criança uma tarefa de contagem pode ser uma distração benéfica (Armfield e Heaton, 2013; Rios et al., 2014).

Atividades lúdicas

Esta atividade envolve a simulação de atendimentos com o uso, ou não, de brinquedos. Desta maneira, a simulação pode ser compreendida como um processo de familiarização da criança ao contexto odontológico, aumentando desta forma os comportamentos colaborativos por parte do paciente (Sá et al., 2015).

ii. Técnicas farmacológicas

São utilizadas quando a criança é incapaz de tolerar procedimentos odontológicos sem desconforto, apesar da utilização das técnicas não farmacológicas (Quiroz et al., 2012). Segundo Graeff (*cit. in* Magalhães et al., 2008) o controle farmacológico da AD, através da sedação consciente, pode ser feito, com segurança, através de duas formas: pela administração de medicamentos ansiolíticos por via oral (benzodiazepínicos) ou através da utilização da via inalatória com a mistura dos gases óxido nitroso/oxigênio.

Consoante AAP (*American Academy of Pediatrics Committee on Drugs*) (*cit. in* Ashley et al., 2018) a sedação é um estado de depressão do sistema nervoso central que reduz a ansiedade, permitindo assim que o tratamento seja realizado de forma satisfatória. Durante a sedação, o paciente será capaz de manter a boca aberta de forma independente e responder sensivelmente aos comandos verbais. Além disso, o paciente manterá a função adequada dos reflexos de proteção, como o reflexo da laringe. Cada paciente deve ser classificado, de acordo com o sistema classificador de condição física da Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) (Tabela 1), sendo que, pacientes ASA I ou ASA II podem ser considerados candidatos à sedação consciente para atendimento ambulatorial (Carvalho et al., 2015)

Table 1 - American Society Anesthesiologists Physical Status Classification¹⁵

Category	Physical Status
I	Normal, healthy patient
II	Patient with moderate systemic disease
III	Patient with severe systemic disease that limits activity but does not cause incapacity
IV	Patient with severe systemic disease that is a constant threat to life
V	Moribund patient who is not expected to survive without the operation

Tabela 1. Classificação ASA (Carvalho et al., 2015)

Ansiolíticos

Como afirmam Graeff e Van Derbijl (*cit. in* Magalhães et al., 2008) são medicamentos que têm como objetivo a redução da ansiedade sendo a classe dos benzodiazepínicos (BZD) a mais utilizada. Os representantes dos BZD são: diazepam, lorazepam,

Avaliação e Gestão da Ansiedade Dentária na Consulta de Odontopediatria: revisão narrativa

alprazolam, midazolam, dentre outros. O diazepam é o protótipo dos benzodiazepínicos com longa história de uso na medicina dentária, promovendo além do efeito ansiolítico, relaxamento muscular e efeito anticolinérgico tão importantes como coadjuvantes no tratamento odontológico. A droga é eficaz, mas possui metabólitos ativos podendo prolongar seu tempo de ação, às vezes desnecessário e até mesmo inconveniente, pois pode comprometer as atividades do paciente após a consulta odontológica, por causar comprometimento dos reflexos e sedação do paciente (Magalhães et al., 2008). Segundo Moore (*cit. in* Magalhães et al., 2008), pode ser utilizada em doses para as crianças que variam de 0,3 a 0,6mg/kg.

O midazolam, é um BZD de ação curta que pode proporcionar sedação segura e eficaz antes dos procedimentos cirúrgicos, com promoção da amnésia anterógrada. Quando usado com outros depressores do sistema nervoso central, o midazolam pode produzir eventos respiratórios adversos. As doses orais eficazes habitualmente usadas variam de 0,25 a 0,5mg/kg em crianças (máximo de 20 mg). É rapidamente absorvido após administração via oral, pode entrar em vigor em 15 minutos, atingindo um pico em 30 minutos e dura de 20 a 90 minutos (Almeida et al., 2003).

Sedação consciente com óxido nitroso (NO₂)

De acordo com Ranali 2004 (*cit. in* Magalhães et al., 2008) o NO₂ não substitui a anestesia, mas ajuda a manter o paciente relaxado durante a intervenção. Ele é administrado por meio de máscara nasal, misturado ao oxigênio numa concentração de 40 (O₂) a 60 (NO₂) %. A sedação consciente com NO₂ é indicada para pacientes pediátricos com 4 anos ou mais, que apresentam baixa ansiedade, fobia por agulha, para pacientes pouco cooperativos; com aumento do reflexo de vômito; com necessidades especiais, mas que mantêm a capacidade de comunicação. Por outro lado, essa técnica não deve ser administrada a pacientes incapazes de se comunicar, respiradores bucais, pacientes que sofrem de graves distúrbios psiquiátricos e comportamentais, pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, distúrbios neuromusculares e pacientes em quimioterapia (Carvalho et al., 2015).

Anestesia geral

Matharu (*cit. in* Cianetti et al., 2017) refere que a anestesia geral tem sido proposta como uma intervenção farmacológica alternativa, mas agora é desencorajada devido ao risco possível, mas raro, de morte e alto custo, pois requer o envolvimento de instalações especializadas, incluindo profissionais como anestesistas e enfermeiros especializados. Este tratamento seria indicado nas crianças que apresentem: fobia e ansiedade extremas, incapacidade de comunicação, tratamento cirúrgico longo, patologias médicas complexas (doenças respiratórias, renais e hepáticas, pressão intracraniana alta, epilepsia), incapacidade limitadas físicas e mentais, pacientes ASA III ou superior (Carvalho et al., 2015).

III. DISCUSSÃO

Existe um consenso na literatura sobre a ansiedade que é entendida como uma resposta a situações nas quais a fonte de ameaça não está bem definida ou não está objetivamente presente (Araujo et al., 2017; Mautz et al., 2013 e Singh et al., 2000).

Os fatores etiológicos mais significantes para AD são as experiências negativas que podem resultar de forma directa dos procedimentos invasivos ou, de forma indirecta através dos pais, irmãos e amigos, que lhes relatam o atendimento associando-os a processos que envolvem dor (Araujo et al., 2013; Rios et al., 2014).

Alguns estudos indicam que as meninas são mais ansiosas e manifestam maior medo que os meninos, mas isto foi encontrado de forma pouco significativa e dependendo mais da maturidade psicológica da criança (Sias et al., 2018).

Relativamente às escalas de AD, segundo Motta et al. e Ramos et al. (*cit. in* Soares et al., 2010), defendem o uso do teste VPT em crianças de três a cinco anos, e este tem sido considerado o instrumento mais utilizado para avaliar a AD em idade pré-escolar. Peritos como Buchanan (*cit. in* Mautz et al., 2017) recomendam o uso de instrumentos de medição com figuras para crianças menores de 13 anos. Ramos (*cit. in* Martins e

Avaliação e Gestão da Ansiedade Dentária na Consulta de Odontopediatria: revisão narrativa

Dias, 2015) reforça a escolha do VPT modificado por ser um instrumento recente, validado, adaptado à população em idade pré-escolar e visualmente mais atrativo que o VPT original.

Explorando as propriedades psicométricas da versão em português da Escala de Ansiedade de Corah, este é um instrumento de boa consistência interna e confiabilidade ste-reteste, sugerindo que a versão em português é um instrumento fiável para avaliar as características dos pacientes ansiosos (Piano et al., 2019).

De acordo com Appukuttan (2016) a AD pode ser alvo de intervenções psicoterapêuticas, intervenções farmacológicas ou uma combinação de ambas, dependendo do nível de AD, das características e idade do paciente e das situações clínicas.

O gestão não farmacológica é a terapia de eleição, utilizando técnicas como o controle de voz, controle da respiração, dizer-mostrar-fazer e distração (Ríos et al., 2014; Appukuttan, 2016). Quiroz e Melgar (2011), concordam que a distração audiovisual tem ótimos resultados, devido à concentração das crianças ficar focada no filme ou videogame. Por outro lado, Magalhães et al., 2008, acrescentam que o controle da AD também pode ser feito através de utilização de drogas para exercer esse efeito ansiolítico.

A sedação consciente NO2 parece ser eficaz em crianças quando apoiada por técnicas de controle de comportamento. Este método tem sido descrito como a técnica padrão em odontopediatria e pode ser bem-sucedida em até 90% dos casos, desde que os pacientes sejam cuidadosamente selecionados (Carvalho et al., 2015)

Com esta revisão da literatura constatou-se que a AD é uma realidade presente nas crianças. A definição da AD é consensual segundo vários autores. A sua etiologia é multifactorial, contudo, de modo geral, é aceite que o medo da dor, a partir de uma experiência desconfortável no passado, parece ser o principal fator causal da AD. As

Avaliação e Gestão da Ansiedade Dentária na Consulta de Odontopediatria: revisão narrativa

escalas de avaliação da AD com figuras são as mais indicadas para crianças de 3-8 anos de idade, enquanto que as escalas com perguntas multi-itens são melhor aplicadas a crianças depois dos 6 anos de idade. A gestão do paciente vai depender de cada caso em particular e pode-se utilizar mais de uma estratégia, sendo que a abordagem não medicamentosa deve ser o primeiro passo no atendimento à criança (técnicas como dizer-mostrar-fazer, distração e controlo da voz). Caso haja resistência ao tratamento, pode-se indicar a associação de BZD como o Midazolam (para tratamentos curtos), e o Diazepam (para tratamentos mais longos), tendo assim também a opção da sedação com NO₂, desde que o paciente tenha sido classificado ASA I ou ASA II.

IV. CONCLUSÃO

Em conclusão, o médico dentista depara-se frequentemente com a AD das crianças na consulta de medicina dentária, o que dificulta a prestação de cuidados de saúde oral. É por isso que se faz necessário o controlo da AD iniciando-se na anamnese, por tanto é parte das boas práticas do médico dentista selecionar uma das escalas de AD que se adapte à idade do paciente e assim reconhecer a existência e o grau dessa ansiedade na criança. Deste modo poder contribuir com a gestão adequada da ansiedade dentária de acordo com a necessidade de cada paciente, mediante estratégias quer psicológicas, comportamentais ou farmacológicas. Como resultado teríamos uma otimização dos procedimentos dentários, proporcionando a melhoria da qualidade de vida da população infantil.

V. BIBLIOGRAFIA

- Abanto, J., Pinto, R., Bonecker, K., Nahas, M., Corrêa, P., Corrêa, F., Selete, M. (2010) *Propuestas no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños*. Available at: https://www.academia.edu/26733233/Propuestas_no-farmacológicas_de_manejo_del_comportamiento_en_niños (Accessed: 10 May 2020).
- Appukuttan, D. P. (2016) ‘Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: Literature review’, *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*. Dove Medical Press Ltd, pp. 35–50. doi: 10.2147/CCIDE.S63626.
- Araujo, M. L. S.R, Santos, R. F. M., Aragão, L. C. A., Almeida, S. L. M., Vieira, F. T. M., Froppo F. C. (2013) ‘Avaliação do grau de ansiedade dos pacientes antes de cirurgias orais menores’, *Rev Odontol UNESP*, 42(3), pp. 357–363.
- Armfield, J. M. & Heaton, L. J. (2013) ‘Management of fear and anxiety in the dental clinic: A review’, *Australian Dental Journal*, pp. 390–407. doi: 10.1111/adj.12118.
- Ashley, P. F., Chaudhary, M. & Lourenço-Matharu, L. (2018) ‘Sedation of children undergoing dental treatment’, *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley and Sons Ltd. doi: 10.1002/14651858.CD003877.pub5.
- Belavennuti, M. A. (2009) *Bases Neurobiológicas da Ansiedade – por Ariadne Belavennuti Magrinelli-extraído do livro “Tópicos em Neurociência Clínica”- Elisabete Castelon Konkiewitz-editora UFGD-2009 – Neurociências em Debate, UFGD*. Available at: <http://cienciasecognicao.org/neuroemdebate/?p=1942> (Accessed: 17 May 2020).
- Bottan, E. R., Silveira, E. G., Odebrecht, C. M. R., Araújo, S. M., 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*. Elsevier Doyma, 51(1), pp. 19–23. doi: 10.1016/S1646-2890(10)70081-9.

Avaliação e Gestão da Ansiedade Dentária na Consulta de Odontopediatria: revisão narrativa

- Carvalho, S. C., Lavado, C., Areias, C., Mourão, J., Andrade, D. (2015) 'Conscious sedation vs general anesthesia in pediatric dentistry - a review', *Medical Express*. GN1 Genesis Network, 2(1). doi: 10.5935/medicalexpress.2015.01.04.
- Cianetti, S., Paglia, L., Gatto, R., Montedori, A., Lupatelli, E. (2017) 'Evidence of pharmacological and non-pharmacological interventions for the management of dental fear in paediatric dentistry: A systematic review protocol', *BMJ Open*. BMJ Publishing Group, 7(8), pp. 1–6. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016043.
- Feitosa, C. R. W., Carvalho, B. F. P. G., Luna, C. G. J., Souza, B. A., Pereira, J. C., Silva, P. M. A., Orestes, C. M. S., Egipto, V. B. C. (2012) 'Ansiedade frente ao tratamento odontológico: Prevalência e fatores predictores em brasileiros', *Ciencia e Saude Coletiva*, 17(7), pp. 1915–1922. doi: 10.1590/S1413-81232012000700031.
- Flauzino, Q. M., Verli, F. D., Marinho, S. A., Paiva, P. C. P., Santos, S. M. C., Soares, J. A. (2019) 'Dor, ansiedade e qualidade de vida relacionada à saúde bucal de pacientes atendidos no serviço de urgência odontológica', *Ciência & Saúde Coletiva*. Associação Brasileira de Pós - Graduação em Saúde Coletiva, 24(4), pp. 1277–1286. doi: 10.1590/1413-81232018244.33802016.
- Freitas, O. M., Vinícius, M., Moraes, M., Carneiro, P., Evaristo, S. (2012) 'Avaliação da Ansiedade dos Pais e Crianças frente ao Tratamento Odontológico Evaluation of Children's and Parents' Dental Anxiety', *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada*, pp. 483–489. doi: 10.4034/PBOCI.2012.124.06.
- Góes, M. P., Domingues, M., Couto, G., Barreira, A. K. (2010) 'Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis', *Odontologia Clínico-Científica (Online)*, 9(1), pp. 39–44. Available at: http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1677-38882010000100007&script=sci_arttext (Accessed: 17 May 2020).
- Halabi, M. A., Hussein, I., Salami, A., Awad, R., Alberei, N., Wahab, A., Kowash, M. (2019) 'A study protocol of a single-center investigator-blinded randomized parallel group study to investigate the effect of an acclimatization visit on

Avaliação e Gestão da Ansiedade Dentária na Consulta de Odontopediatria: revisão narrativa

children's behavior during inhalational sedation in a United Arab Emirates pediatric dentistry postgraduate s', *Medicine*. Lippincott Williams and Wilkins, 98(35), pp. 1–8. doi: 10.1097/MD.00000000000016978.

Kanegane, K., Sarti, P. S., Aparecida, B. M., Garcia, R. R. (2003) 'Dental anxiety in an emergency dental service', *Rev Saude Publica*, pp. 786–792. Available at: www.fsp.usp.br/rsp (Accessed: 17 May 2020).

Kilinç, G., Akay, A., Eden, E., Sevinç, N., Ellidokuz, H. (2016) 'Evaluation of children's dental anxiety levels at a kindergarten and at a dental clinic', *Brazilian oral research*. Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 30(1), pp. 1–8. doi: 10.1590/1807-3107BOR-2016.vol30.0072.

Álvarez, L. M. & Rivero, C. Y. (2006) 'Miedo: ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico', *Humanidades médicas*, 6(1), pp. 0–0. Available at: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-812020060001000_07 (Accessed: 17 May 2020).

Mafla, A. C., Villalobos, F. H., Pinchao, R. W. M., Lucero, Y. D. F. (2017) 'Propiedades Psicométricas de la Versión Española de la Abeer Children Dental Anxiety Scale (ACDAS) para la Medición de Ansiedad Dental en Niños', *International journal of odontostomatology*. SciELO Comision Nacional de Investigacion Cientifica Y Tecnologica (CONICYT), 11(2), pp. 182–191. doi: 10.4067/s0718-381x2017000200011.

Magalhães, O., Fernanda, G. & Dias, P. (2008) 'Controle da ansiedade em Odontologia: enfoques atuais Anxiety control in Dentistry: current approaches', *Revista Brasileira de Odontología*, pp. 118–121.

Maniglia, F. C., Gurgel, F. E. D., Valverde, G. B., Moura, E. H., Deus, G., Coutinho, F. T. (2004) Ansiedade odontológica: nível, prevalência e comportamento Dental anxiety: score, prevalece and behavior, *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 17 (2), pp 51-55. doi: 10.5020 / 18061230.2004.p51, pp 51-55.

Martins, N. & Dias, M. R. (2016) 'Contágio emocional de ansiedade encarregado de educação/criança em odontopediatria', *Revista Portuguesa de Estomatologia*,

Avaliação e Gestão da Ansiedade Dentária na Consulta de Odontopediatria: revisão narrativa

Medicina Dentaria e Cirurgia Maxilofacial, 57(3), pp. 164–170. doi: 10.1016/j.rpemd.2015.12.006.

Mautz, M. C., Fernandez, D. C., Saldivia, O. C., Rodriguez, S. C., Riquelme, C. S., Linco O. J. (2017) ‘Prevalence of dental anxiety in children treated at public health services in Valdivia, Chile.’, *Odontoestomatología*, Vol. 19(30), pp. 59–64. doi: 10.22592/o2017n30a7.

Munayco, P. E., Mattos, V. M., Torres, R. G., Blanco, V. D. (2018) ‘Relación entre ansiedad, miedo dental de los padres y la colaboración de niños al tratamiento odontológico’, *Odovtos International Journal of Dental Sciences*, 20(3), pp. 81–91. doi: 10.15517/ijds.v0i0.33332.

Nogueira, S. N. C., Gomes, O. R., Nascimento, A., Barros, L. (2019) ‘Evaluation of children’s and adolescents’s anxiety previously dental treatment: A cross-sectional study’, *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada*. Association of Support to Oral Health Research (APESB), 19(1). doi: 10.4034/PBOCI.2019.191.31.

Oliveira, M. de F., de Moraes, M. V. M. & Evaristo, P. C. S. (2012) ‘Avaliação da ansiedade dos pais e crianças frente ao tratamento odontológico’, *Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada*, 12(4), pp. 483–489. doi: 10.4034/PBOCI.2012.124.06.

Popescu, S. M., Dascalu, I. T., Scriciu, M., Mercut, V., Moraru, I., Tuculina, M. J., (2014) ‘Dental Anxiety and its Association with Behavioral Factors in Children’, *Current health sciences journal*, 40(4). Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4709712/> (Accessed: 8 July 2020).

Ríos, E. M., Ronda, H. R. & Rojas, A. G. (2014) ‘Ansiedad dental: Evaluación y tratamiento’, *Avances en Odontoestomatologia*, 30(1), pp. 39–46. doi: 10.4321/S0213-12852014000100005.

de Sá Rocha, R. A. S., Sattolo, R. G. & Moares, A. B. A.(2015) ‘Procedimento preparatório para atendimento de pacientes não colaboradores em odontopediatria’, *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de*

Avaliação e Gestão da Ansiedade Dentária na Consulta de Odontopediatria: revisão narrativa

Comportamiento, 23(4), pp. 423–435. Available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=274543456005> (Accessed: 17 May 2020).

Shahnavaz, S., Hedman, L. E., Hasselblad, T., Reuterskiöld, L., Kaldo, V., Dahlof, G. (2018) ‘Internet-based cognitive behavioral therapy for children and adolescents with dental anxiety: Open trial’, *Journal of Medical Internet Research*. *Journal of Medical Internet Research*, 20(1). doi: 10.2196/jmir.7803.

Sias, S. S., Ayala, E. C. & Pichardo, S.V. (2018) ‘El dibujo como medio de evaluación del miedo/ansiedad en niños de 5 a 8 años en atención dental. Estudio descriptivo.’, *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*, 8(1), pp. 29–40. Available at: <https://doaj.org/article/dcad406e0094445e913c14a712f90eab>.

Singh, K. A., Moares, A.B.A & Bovi, A. G. M. (2000) ‘Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico’, *Pesquisa Odontológica Brasileira*, 14(2), pp. 131–136. doi: 10.1590/s1517-74912000000200007.

Soares, F. J. M., Ramalho, A. A. K. & Colares, V. (2009) ‘Técnicas de Controle do Comportamento do Paciente Infantil: Revisão de Literatura’, *Odontopediatria e Clínica Integrada*, 9(2), pp. 247–251. doi: 10.4034/1519.0501.2009.0092.0019.

Torres, J. Q. & Hermoza, R. A. M. (2011) ‘Manejo De Conducta No Convencional En Niños’, *Revista Estomatológica Herediana*, 22(2), p. 129. Available at: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/view/137/112> (Accessed: 17 May 2020).

Zelaya, I. C. R. & Parra, A. F. (2005) ‘Ansiedad y miedos dentales en escolares Hondureños’, *Revista Latinoamericana de Psicología*, pp. 461–475. Available at: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537302> (Accessed: 17 May 2020).