

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



Ansiedade dentária em crianças de 7/8 anos:
estudo exploratório em crianças atendidas na consulta de
referenciação para o higienista oral do SNS

Ana Filipa Serra Dias

Orientadores:

Professora Doutora Teresa Maria Albuquerque

Professor Doutor Mário Rui Araújo

Dissertação

Mestrado em Higiene Oral

2022

Universidade de Lisboa
Faculdade de Medicina Dentária



Ansiedade dentária em crianças de 7/8 anos:
estudo exploratório em crianças atendidas na consulta de
referenciação para o higienista oral do SNS

Ana Filipa Serra Dias

Orientadores:

Professora Doutora Teresa Maria Albuquerque

Professor Doutor Mário Rui Araújo

Dissertação

Mestrado em Higiene Oral

2022

Dissertação formatada de acordo com as normas de publicação da
Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

RESUMO

Objetivos: A ansiedade dentária continua a ser a principal barreira ao sucesso do tratamento dentário em crianças. Com este estudo pretendemos avaliar a ansiedade dentária das crianças de 7/8 anos atendidas numa consulta de referenciação para o higienista oral.

Métodos: Um estudo observacional, transversal e exploratório foi conduzido. Foi desenvolvida, avaliada, testada e validada a escala de avaliação da Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças que foi aplicada a 77 crianças, de ambos os sexos, que compareceram à consulta de higiene oral e preencheram os critérios de inclusão. Para análise das diferenças entre os vários grupos e a força da correlação quando existente, foram utilizados testes não paramétricos adequados.

Resultados: A maioria das crianças mostrou-se livre de ansiedade dentária perante todos os itens da escala e, cada criança teve em média uma pontuação total de ansiedade dentária de $25,44 \pm 7,61$. Os fatores de personalidade da criança (vergonha, medo de perder o controlo, nervosismo e gosto pelo aspeto dos dentes) e contágio familiar demonstraram influência nos valores de ansiedade dentária, pelas diferenças significativas encontradas entre grupos ($p < 0,05$).

Conclusões: A grande maioria das crianças de 7/8 anos apresenta-se livres de ansiedade dentária perante os itens de uma consulta de higiene oral. A ansiedade dentária nas crianças está associada à personalidade da criança e influência familiar.

Palavras-chave: Portugal, ansiedade dentária, crianças, escalas, higiene oral

ABSTRACT

Objetives: Dental anxiety remains the main barrier to successful dental treatment in children. With this study we intend to evaluate the dental anxiety of children aged 7/8 years attended in a referral consultation for the dental hygienist.

Methodology: An observational, cross-sectional and exploratory study was conducted. The *Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças* scale was developed, evaluated, evaluated, tested and validated, which was applied to 77 children, of both sexes, who attended the dental hygienist consultation and met the inclusion criteria. To analyze the differences between the various groups and the strength of the correlation when existing, adequate nonparametric tests were used.

Results: Most children show no dental anxiety for all items on the scale and the mean of dental anxiety for children is $25,44 \pm 7,61$. Child's personality factors (shame, fear of losing control, nervousness and liking the appearance of the teeth) and family contagion showed an influence on dental anxiety values, due to the significance differences found between groups ($p < 0,05$).

Conclusions: The majority of children aged 7/8 years is free of dental anxiety before the items of a dental hygiene consultation. Dental anxiety in children is associated with the child's personality and family influence.

Keywords: Portugal, dental anxiety, children, scales, dental hygiene

INDICE

RESUMO	IV
ABSTRACT	V
ÍNDICE	VI
ÍNDICE DE TABELAS	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
LISTA DE ABREVIATURAS	X
INTRODUÇÃO	11
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1. Definição e Etiologia do Medo e Ansiedade Dentária	13
1.1. Medo	13
1.2. Ansiedade	14
1.3. Fobia	14
2. Caracterização das Crianças com Ansiedade Dentária	14
3. Fatores de risco associados à Ansiedade Dentária	15
3.1. Fatores pessoais, relacionados com a criança	15
3.2. Fatores sociais	16
3.3. Fatores relacionados com o ambiente dentário	16
4. Impacto da Ansiedade Dentária	17
5. Prevalência de Crianças com Ansiedade Dentária	19
6. Avaliação da Ansiedade Dentária	19
7. Manutenção e Tratamento de Crianças com Ansiedade Dentária	21
Artigo I - Desenvolvimento de uma escala de ansiedade dentária para crianças atendidas numa consulta de higiene oral	23
Resumo	24
Abstract	25
Introdução	26
Métodos	28
Resultados	31
Discussão	32
Conclusões	36
Referências Bibliográficas	37
Índice de Figuras	40

Tabelas	41
Figuras	42
Artigo II - Ansiedade dentária em crianças de 7/8 anos: estudo exploratório em crianças atendidas numa consulta de referenciação para o higienista oral do SNS	44
Resumo	45
Abstract	46
Introdução	47
Métodos	49
Resultados	51
Discussão	53
Conclusões	56
Referências Bibliográficas	56
Índice de Figuras	61
Tabelas	62
Figuras	69
DISCUSSÃO E REFLEXÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	79
Anexo 1 - Comprovativo de submissão do artigo “Desenvolvimento de uma escala de ansiedade dentária para crianças atendidas numa consulta de higiene oral”	80
Anexo 2 - Comprovativo de submissão do artigo “Ansiedade dentária em crianças de 7/8 anos: estudo exploratório em crianças atendidas numa consulta de referenciação para o higienista oral do Serviço Nacional de Saúde”	81
Anexo 3 - Consentimento informado, livre e esclarecido	82
Anexo 4 - Guião de Entrevista	83
Anexo 5 - Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT	86

ÍNDICE DE TABELAS

Artigo I

Tabela 1	Estatística de confiabilidade da Escala de Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas crianças	41
Tabela 2	Valores do Teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e teste de esferecidade de Bartlett	41

Artigo II

Tabela 1	Pontuações totais de ansiedade dentária por criança	62
Tabela 2	Ansiedade dentária das crianças na consulta de higiene oral	63
Tabela 3	Classificação das crianças sob a perspectiva da HO	64
Tabela 4	Caracterização demográfica da amostra e diferenças entre grupos quando comparados com as pontuações totais de AD por criança	64
Tabela 5	Caracterização da amostra quanto à existência de algum membro familiar com AD, á experiência dentária, ao acompanhamento à consulta e a significancia estatística entre grupos quando comparados com a pontuação total de AD por criança	66
Tabela 6	Avaliação cognitiva das crianças e significância estatística entre grupos comparados com as pontuações totais de AD por criança	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Artigo I

- Figura 1** Escala de Avaliação da Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças 41
- Figura 2** Escala de smiles utilizado para avaliar o grau de ansiedade dentária na criança 41

Artigo II

- Figura 1** Escala de Avaliação da Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças 70
- Figura 2** Escala de smiles utilizado para avaliar o grau de ansiedade dentária na criança 70
- Figura 3** Resposta das crianças (n=77) à pergunta "Alguma coisa te pôs mais nervoso na consulta?" 70
- Figura 4** Resposta das crianças (n=77) à pergunta "Do que gostaste mais na consulta?" 70
- Figura 5** Resposta das crianças (n=77) à pergunta "Do que gostaste menos na consulta?" 71

LISTA DE ABREVIATURAS

AD – ansiedade dentária

HO – Higiene Oral/Higienista Oral

SNS – Serviço Nacional de Saúde

PNPSO - Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral

CS – Centro(s) de Saúde

ESA – Extensão de Saúde de Alferrarede

ADHOc – Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças

DSM-5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5

PCC – Cuidados centrados no paciente

ACDAS - Abeer Children Dental Anxiety Scale

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

KMO - Teste Kaiser-Meyer-Olkin

MCDAS_f - Faces Version Modified Children Denatl Anxiety Scale

INTRODUÇÃO

Apesar de todos os avanços tecnológico e da intensa investigação sobre o assunto, a consulta de saúde oral, quer ela seja de teor preventivo ou curativo, pode ser um momento de grande stress e tensão, tanto para a quem ela tem de recorrer (utente) como para o profissional de saúde oral.^(1,2) O medo/ansiedade dentária (AD) nas crianças tende a ser considerado como padrão normativo de desenvolvimento.^(3,4) No entanto, quando persistente e excessivo, resultando na constante evasão aos tratamentos dentários necessários e em comportamentos disruptivos e não colaborantes durante uma consulta dentária, podem levar a um impacto muito negativo na qualidade de vida da criança e mais tarde na sua vida adulta.^(3,5) Para além do agravamento da situação dentária, com consequente dificuldade em comer e falar, crianças com medo de realizar tratamentos dentários reportam menor bem-estar social e emocional em comparação com crianças sem medo.^(6,7)

Os resultados de uma meta-análise de 2020, feita a estudos publicados entre 1985 e 2020, mostraram que a AD é altamente prevalente em crianças e adolescentes, a nível mundial. Especificamente em idade escolar, ela varia entre 19,4% e 28,5%.⁽⁸⁾ Estudos de 21 países foram considerados, porém, Portugal não foi um deles, nem na metanálise de Grisolia et al nem na revisão sistemática de Cianetti et al.^(8,9) Adicionalmente à escassez de estudos relativos a este assunto em Portugal, também não foram encontradas escalas de avaliação de AD em crianças adaptadas a uma consulta de higiene oral (HO), nem em português nem em outra língua. Todas as escalas conhecidas, nomeadamente a versão portuguesa do Dental Fear Survey, avaliam a AD relativamente a itens tais como injeções, “ver, ouvir ou sentir a broca” e extrações dentárias^(10,11), procedimentos que não existem numa consulta de referenciação para HO.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), existente em Portugal, no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), oferece acesso a consultas gratuitas de referenciação para a/o HO nos centros de saúde (CS) onde existe esse profissional, para crianças das coortes de 4, 7, 10 e 13 anos, segundo critérios definidos.⁽¹²⁾ Estas consultas, sendo de carácter preventivo de cáries dentárias e das doenças orais, podem ser também uma mais-valia na prevenção e gestão de AD em crianças.

Na Extensão de Saúde de Alferrarede (ESA), do CS de Abrantes, desde 2009, dados não publicados referem que a HO atende uma média de 358 crianças, sendo na sua maioria crianças de 7/8 anos. Aproveitando o atendimento em gabinete, a investigadora principal, neste caso a HO do CS, pretendeu com este estudo desenvolver, avaliar, testar e validar uma escala de

medição de AD para crianças adaptada a uma consulta de HO para depois se proceder à avaliação a AD das crianças de 7/8 anos, atendidas na referida consulta do SNS.

Este trabalho encontra-se apresentado em formato de dois artigos diferentes, mas inter-relacionados. O primeiro artigo, Artigo I, trata do desenvolvimento, avaliação, testagem e validação de uma escala de avaliação de AD para crianças atendidas numa consulta de HO, da qual resultou a escala Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças (ADHOc) (Figura 1). O segundo artigo, Artigo II, dedica-se à avaliação da ansiedade dentária em crianças de 7/8 anos atendidas numa consulta de referenciação para a HO e à identificação dos fatores que podem influenciar a AD nas crianças.

Os 2 artigos foram elaborados segundo as regras e requisitos de formatação da Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. O primeiro artigo foi submetido para publicação no dia 17 de Novembro de 2022, tendo-lhe sido atribuído o número RPEMD-D-22-00074 (Anexo 1) e o segundo foi submetido a 25 de Novembro de 2022, tendo-lhe sido atribuído o número RPEMD-D-22-00077 (Anexo 2).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Definição e Etiologia do Medo e Ansiedade Dentária

Apesar de todos os avanços tecnológicos e da intensa investigação sobre o assunto, a consulta de saúde oral, quer ela seja de teor preventivo ou curativo, pode ser um verdadeiro pesadelo, para a quem ela tem de recorrer.⁽¹⁾ A simples ideia de ter uma sessão médico-dentária gere, num paciente com medo dentário, AD ou fobia dentária, sentimentos de apreensão, tensão, nervosismo ou preocupação.⁽¹³⁾ Estes tipos de pacientes tendem a adiar continuamente o tratamento, agarrando-se a terapias farmacológicas (antibióticos e/ou analgésicos) que, adiando a solução do problema, produzem um crítico agravamento da imagem inicial com uma perda progressiva da mastigação e um conseqüente compromisso estético.⁽¹⁴⁾

Há alguma incerteza quanto à conceptualização do medo dentário, da AD e da fobia dentária na literatura científica.⁽⁸⁾

De Stefano, descreve os três conceitos como sendo diferentes classes de severidade de odontofobia. Assim, a AD corresponde à categoria leve da odontofobia; o medo dentário à odontofobia moderada; e a fobia dentária propriamente dita, corresponde à odontofobia severa.⁽¹⁾

No entanto, a maioria dos estudos epidemiológicos utiliza os termos AD, medo dentário e fobia dentária indistintamente e referenciam tudo como AD.^(8,9) Também nesta dissertação assim será, mas antes, é importante distinguir os termos.

1.1. Medo

O medo é uma emoção básica, a resposta emocional a uma ameaça iminente real ou percebida⁽⁴⁾, muitas vezes associado a uma resposta súbita de “luta ou fuga” a um perigo imediato, no qual o corpo se prepara para uma resolução da situação. Assume-se que o medo é a mesma experiência que ocorre quando um indivíduo experimenta um ataque de pânico.⁽¹⁵⁾

Os medos excessivos são bastante comuns em crianças pequenas, mas costumam ser transitórios e apenas levemente prejudiciais e, assim, são considerados apropriados ao estágio de desenvolvimento.⁽⁴⁾

Na clínica, o medo resulta frequentemente da preocupação com uma possível dor incontrolável, da impressão da falta de controlo sobre o futuro, da sensação de isolamento ou até de ideias realistas, como por exemplo, acerca do diagnóstico.⁽¹⁶⁾

1.2. Ansiedade

O termo ansiedade vem definido no DSM-5 como sendo a antecipação de uma ameaça futura, sendo mais frequentemente associada a tensão muscular e vigilância em preparação para perigo futuro e comportamentos de cautela ou esquivas.⁽⁴⁾ Esta definição implica que a ansiedade é um estado orientado para o futuro, funcionando para motivar o organismo a comportar-se de tal modo que o perigo futuro seja prevenido. A preocupação é muitas vezes considerada como uma manifestação cognitiva da ansiedade.⁽¹⁵⁾

Ansiedade é um estado desagradável variando de leve inquietação a medo intenso, apresentado-se com aspetos físicos e psicológicos que podem inibir o pensamento normal e interromper as atividades diárias normais.⁽¹⁷⁾

Muitos dos transtornos de ansiedade se desenvolvem na infância e tendem a persistir se não forem tratados.⁽⁴⁾

1.3. Fobia

Uma fobia é uma forma especial de medo intenso, de medo persistente e excessivo a estímulos e procedimentos que resultam em evasão ou angústia significativa, causando sofrimento emocional considerável e afetando funcionalmente as pessoas.^(3,13,15) A fobia pode levar à evasão prolongada de visitar um dentista ou realizar os tratamentos dentários necessários.⁽¹⁸⁾

2. Caracterização das Crianças com Ansiedade Dentária

A AD é uma reação comportamental, emocional e fisiológica amplamente alargada a um ou mais estímulos ameaçadores na prática dentária.⁽¹⁹⁾

Frases como “não quero”, choro, ataques de raiva, irritabilidade, agressividade, resistência em entrar no gabinete dentário, em sentar-se na cadeira dentária, em abrir a boca, imobilidade, tensão muscular, timidez ou o comportamento de se agarrar, são muito provavelmente demonstrações de AD quando manifestadas em crianças. Estima-se que pacientes ansiosos necessitem de aproximadamente mais 20% de tempo em cadeira do que pacientes não ansiosos. Em casos extremos, pode existir mesmo a recusa do tratamento que lhes poderia aliviar a dor considerável sentida.^(3,4,20-23)

Em termos de saúde oral, crianças com elevados níveis de AD foram reportadas como tendo mais dentes cariados, perdidos ou obturados, uma pobre higiene oral e grande tendência para faltar às consultas dentárias.^(3,19,24-26)

Durante estados de excitação ou stress, o corpo liberta adrenalina. Sendo que a adrenalina é conhecida por causar sintomas físicos, crianças com AD tendem também, perante o estímulo dentário, a transpirar, apresentar uma respiração mais ofegante e a um aumento da frequência cardíaca.⁽¹⁷⁾ Também, os níveis de cortisol salivar são mais elevados em crianças ansiosas.⁽²⁴⁾ Sendo estas manifestações involuntárias do ser humano, que acontecem sem que este as execute conscientemente ou que as consiga controlar, são indicadores úteis de AD em crianças que a tentam esconder, tendência das crianças do sexo masculino.^(24,27)

3. Fatores de risco associados à Ansiedade Dentária

A etiologia multifatorial da AD das crianças identifica a influência de bastantes e díspares fatores. Contudo, estes podem ser agrupados em categorias gerais:

3.1 Fatores pessoais, relacionados com a criança, onde se incluem o género, a idade, o medo geral, o temperamento e intelecto.

Muitos estudos investigaram as diferenças entre género com resultados que mostram as meninas mais ansiosas que os meninos.⁽²⁴⁾ No entanto, noutros estudos não foi encontrada qualquer relação significativa entre género e AD.⁽²⁸⁾

A AD sofre influência da idade. Estudos de revisão mostram que a idade é inversamente proporcional à ansiedade e que esta condição é mais prevalente em crianças do ensino pré-escolar e primário, do que em adolescentes e adultos. Constate-se que cada faixa etária apresenta um comportamento característico diante de situações novas. É aos 6 anos que a criança inicia a fase de aceitação das normas sociais de conduta com possível diminuição de comportamentos não colaborantes e diminuição de birras e choro, o que pode explicar a diminuição da AD com o tempo/idade.^(8,27) Outra explicação é o desenvolvimento psicológico imaturo das crianças. Na primeira infância, o medo para com o desconhecido é proeminente e aos 9 anos de idade, os medos estão ligados a lesões sanguíneas e corporais, situações encontradas maioritariamente numa clínica dentária.⁽²⁹⁾ Sentimentos de vergonha também se mostram importantes na manutenção e desenvolvimento da AD.⁽³⁰⁾

Ainda o intelecto tem um papel fundamental sendo que, crianças com maiores níveis de inteligência emocional, capazes de se ajustarem psicologicamente perante eventos negativos da vida, de compreender, comunicar e regular as suas emoções, respondem melhor ao stress de modo adaptativo, adequado e flexível. Assim, crianças com maiores níveis de inteligência emocional são menos ansiosas perante estímulos dentários.⁽²⁷⁾

3.2 Fatores sociais onde se incluem a AD parental, o estado social-económico familiar, a preparação pré-consulta pelos pais e suas expectativas para o comportamento das crianças no ambiente dentário.

Há estudos que confirmam a associação entre AD parental com a AD das crianças e que esta é mais evidente aos 8 anos ou menos, principalmente se os pais transmitirem às crianças os seus próprios receios e ansiedades e as más experiências dentárias vividas.^(27,30-32) No entanto, também há estudos em que os resultados não mostraram qualquer associação significativa.^(28,33,34)

Também o nível sócio económico tem sido apresentado como um consistente preditor de AD. Indivíduos com baixo nível socioeconómico, cujos pais têm um nível baixo de educação, que se encontram desempregados ou trabalham em part-time, tendem a enfrentar mais dificuldades, com menos oportunidades de lazer, de educação, entre outros, resultando em tensões multiplicadas, o que poderá levar a níveis de ansiedade ampliados.^(27,32,35) Vários estudos revelaram também que crianças com pais divorciados, crianças em que tiveram a morte de um membro da família, que experienciaram um assalto, podem desenvolver algum desconforto emocional e, posteriormente, AD.^(36,37)

Outro aspeto bastante importante na manutenção da AD na criança é a capacidade da mãe ou pai de saber lidar com o comportamento da criança perante os estímulos fóbicos. É assim importante que os pais, antes da consulta de saúde oral, expliquem aos seus filhos, apropriadamente o que vai acontecer com o cuidado de evitar a transmissão de sentimentos desagradáveis. Por vezes, é preferível que a criança seja acompanhada à consulta por alguém que não sofra de AD ou até mesmo que não seja acompanhada por nenhum familiar. A maioria das crianças responde positivamente quando os pais estão na sala de tratamento, mas, por vezes, a presença de um progenitor tem um efeito negativo na comunicação necessária entre a criança e o profissional de saúde.^(32,38)

3.3 Fatores relacionados com o ambiente dentário, que dizem respeito à visita dentária, aos tratamentos e ao próprio ambiente.

A experiência da criança durante a primeira visita a um gabinete dentário é essencial; é um marco importante para a atitude da criança em relação ao tratamento dentário, uma vez que influencia consideravelmente as futuras visitas.⁽³⁸⁾

É recomendado que as crianças vejam a visita ao consultório dentário como uma visita de rotina, tal como fazem com as consultas ao médico pediatra⁽³⁹⁾ e que iniciem a sua experiência dentária com uma visita neutra, com uma simples observação oral, um polimento

dentário, por exemplo, antes de se iniciarem em tratamentos invasivos.⁽²⁹⁾ Há quem defenda que o tratamento mais eficaz para a redução de altos níveis de ansiedade dentária ao longo de tempo, seja a exposição gradual.⁽²¹⁾

Relativamente aos tipos de tratamentos dentários, a investigação mostra que quanto mais invasivos, maior será a AD causada nas crianças e pior será o seu comportamento. Extrações dentárias, anestesia e a dormência causada por esta, foram os fatores causais mais fortes da AD, que parecem diminuir à medida que a criança envelhece.⁽⁴⁰⁾ Do mesmo modo, crianças que fizeram tratamentos dentários sem anestesia local mostraram-se bastante mais ansiosas do que crianças cuja anestesia foi aplicada, e crianças que tiveram de fazer extrações dentárias também se mostraram muito mais ansiosas do que crianças que obturaram dentes ou não fizeram qualquer tratamento.⁽³²⁾

Também a AD numa criança se mostra bastante influenciada pela própria experiência com os membros da equipa dentária.⁽²⁵⁾ Uma equipa dentária amigável, simpática, empática, que tenha boas e efetivas competências de comunicação, competências de motivação, que utiliza uma abordagem de cuidados centrados no paciente (PCC)^(41,42), que seja capaz de construir um ambiente calmo, relaxado, de confiança, de conseguir realizar tratamentos dentários sem dor e que seja capaz de controlar o temperamento do pequeno paciente e por vezes até o temperamento dos próprios pais, irá influenciar automaticamente atitudes positivas nas crianças e minimizará as hipóteses de AD.^(16,19,43,44)

Sendo a variação da AD infantil, na melhor das hipóteses, explicada pela experiência dentária infantil bem como pelos fatores de personalidade e comportamento das crianças, deve o tratamento dentário incidir, para além da prevenção da cárie dentária, nos aspetos psicológicos que o tratamento pode causar, prevenindo assim, experiências dolorosas e traumáticas.^(30,32)

4. Impacto da AD

O significado clínico da AD não deve de ser menosprezado. Para além de ter impacto na qualidade do tratamento dentário, está correlacionada com uma saúde oral mais pobre, uma pior qualidade de vida e pode mesmo colocar as crianças em risco de doenças graves na idade adulta.⁽³⁾ Num estudo conduzido em 2009, os autores descreveram que crianças com medo de tratamentos dentários reportaram menor bem-estar social e emocional em comparação com crianças sem medo.⁽⁶⁾ Adicionalmente, crianças com a sua saúde oral comprometida relacionada com AD, podem vir a ter, na adolescência, problemas como dor, evasão social e dificuldade em falar e comer.⁽⁷⁾

Primeiramente, a AD é sobretudo um problema de saúde oral na medida em que se encontra associada a uma baixa frequência de visitas dentárias e a uma elevada prevalência de cáries dentárias.⁽⁴⁵⁾ Num estudo conduzido na Arábia Saudita em 2021, chegou-se à conclusão de que o medo dentário prevê o não tratamento de cáries dentárias em crianças. Aliás, os resultados mostraram que crianças com medo dentário tinham 1,8 vezes maior probabilidade de ter pelo menos um dente cariado por tratar e 1,6 vezes maior probabilidade de um dia experienciar uma cárie dentária, do que crianças sem medo dentário.⁽³¹⁾

Segundo a hipótese do “Ciclo vicioso do medo dentário”, as pessoas com elevado medo dentário geralmente, quando começam a pensar que têm de visitar um consultório dentário, mesmo que seja para um simples exame, tendem a sofrer por antecipação sendo mais propensas a evitar e a atrasar a visita e/ou tratamento, quer por falta de marcação de consulta, por falta à marcação, por desmarcação ou no caso de crianças, por comportamentos disruptivos e/ou não colaborantes. Estes comportamentos privam o indivíduo de receber o tratamento dentário que necessita, mesmo que simples, levando ao conseqüente agravamento acentuado da condição clínica, com o aparecimento de gengivite, periodontite e halitose, ao aumento da dor, à intensificação do medo e à necessidade de tratamentos ainda mais invasivos. Os pacientes entram numa espiral autodestrutiva que aliada a sentimentos de culpa, vergonha, inferioridade e preocupação de serem repreendidos devido à sua própria negligência, leva ao agravamento do medo dentário inicial e à realimentação do ciclo.^(1,20,26,46)

Adicionalmente, sendo que a saúde oral é parte integrante da saúde em geral, a deterioração da saúde oral pode ter como consequência o aumento do risco de doenças crónicas, tais como diabetes, doenças cardiovasculares e alguns tipos de cancro.⁽⁴⁴⁾ Também a ingestão de nutrientes e de alimentos é afetada pelo estado da saúde oral do indivíduo. É assim compreensível que indivíduos com menos dentes evitem alimentos que sejam difíceis de mastigar, e conseqüentemente consumam menos quantidade de certos nutrientes, como a vitamina C, em comparação com indivíduos com mais dentes.⁽⁴⁴⁾

Tal como acontece com outros tipos de fobias ou transtornos de ansiedade, sendo relativamente estáveis ao longo do tempo, vários estudos longitudinais mostraram que podem prever ansiedade e depressão na adolescência e na idade adulta.⁽¹⁷⁾ Também, o sofrimento e a permanente procura de evitar os estímulos fóbicos tendem a interferir significativamente na rotina normal do indivíduo, quer a nível social, escolar ou ocupacional.⁽⁴⁾

A quantidade crescente de evidências que mostram a correlação positiva entre a AD e a má saúde oral, indica a importância de identificar crianças com medos dentários ou fobias desde cedo, de forma a reduzir o impacto destas perturbações emocionais na população. Também uma

melhor literacia dos pacientes relativamente às possíveis implicações do ciclo do medo dentário é essencial.^(25,44)

5. Prevalência de Crianças com AD

Devido à variedade de métodos utilizados, a literatura relata a multiplicidade nas taxas de prevalência de AD entre crianças de idade escolar, de 19,4% e 38,5%.⁽⁸⁾

Este é um tema muito estudado em todo o mundo, no entanto, em Portugal, a literatura é muito escassa e quando a há não é em forma de artigos científicos, mas sim em dissertações disponíveis em reportórios abertos. Na meta análise de Grisolia et al, foram considerados 21 países. Portugal não foi incluído.⁽⁸⁾

6. Avaliação da Ansiedade Dentária

A medição/avaliação da AD em crianças é tanto imprescindível para a prestação de cuidados clínicos de sucesso e de alta qualidade como para a investigação sobre o tema.

Vários métodos e escalas de medição/avaliação da ansiedade dentária para a idade pediátrica têm sido desenvolvidos ao longo dos anos. São necessários 5 critérios essenciais para que uma escala de avaliação seja considerada um método terapêutico de redução da AD. São eles:⁽⁴⁷⁾

- Fiabilidade/confiabilidade, que o método produza resultados consistentes ao longo do tempo;

- Validade, que o método meça inequivocamente uma dimensão específica da ansiedade, por exemplo, a intensidade da emoção;

- Método livre de vieses, independentemente dos vieses do procedimento ou de resposta paciente/investigador;

- Método versátil, aplicável tanto em ambiente clínico como não clínico e prático nos vários aspetos dentários;

- Método capaz de produzir números numa escala de números identificável (nominal, ordinal, intervalo ou rácio) para que as análises estatísticas possam ser conduzidas adequadamente.

Segundo Buchanan, uma escala de AD para criança, idealmente deve:⁽⁴⁸⁾

- Ser uma escala curta no comprimento por forma a maximizar a resposta das crianças e minimizar o tempo de administração;

- Incluir itens mais relevantes para a experiência dentária da criança;

- Ser capaz de captar facilmente a atenção da criança;

- Ser simples de pontuar e interpretar.

O uso de questionários de autoavaliação são o mais comumente usados e os mais fiáveis métodos de avaliação da AD.⁽²³⁾ Também são os que permitem uma estimativa qualitativa e quantitativa da ansiedade expressa na perspectiva do indivíduo.⁽⁴⁷⁾

Desde a década de 1960 que foram desenvolvidas 14 escalas de autoavaliação da AD para crianças, incluindo a Children's Fear Dental Survey Schedule, Venham Picture Test, Modified Child Dental Anxiety Scale and Modified Child Dental Anxiety Scale com caras. Apesar de algumas serem bastante usadas, nenhuma delas é considerada a ideal. Abeer Al-Namankany reporta como algumas falhas nas escalas:⁽¹⁰⁾

- Inexistência de avaliação cognitiva. Como o grau de crença em cognições negativas está associado à gravidade da AD, este é um ponto importante que deveria ser incluído;

- Avaliação simplista dos fatores mais comumente temidos: apenas itens como injeções, perfurar (brocar) o dente, e extração dentária são referidos nas escalas anteriores. Existem vários outros itens usados em tratamentos dentários que podem ser causadores de AD;

- Medidas de avaliação excessivamente complexas. Por exemplo, o uso de várias caras/emojis semelhantes para identificar o estado da AD, pode confundir a escolha da criança e esta escolher a mais favorável a um estado mais relaxado, criando assim vieses de resposta. No caso da escala de Wong-Baker Faces Pain Scales, a cara número 1, 2 e 3 tendem a ser consideradas a resposta para um estado relaxado e a 4 e 5 para um estado mais ansioso.

- Problemas com a validação: até à data nenhuma escala foi validada usando um tamanho de amostra calculado estatisticamente. Adicionalmente, são muitas vezes validadas em ambiente não clínico, como em escolas o que pode levar a respostas bastantes diferentes caso as crianças estivessem em ambiente dentário ou mesmo a vivenciar a experiência dentária;

- Praticabilidade: algumas das escalas usadas necessitam de instrumentos adicionais, por exemplo de computadores ou demoram algum tempo a completar;

- Falta de validade externa: várias das escalas não têm a sua validade investigada em diferentes populações para permitir alguma avaliação da sua generalização.

Perante tantas falhas apontadas às escalas de avaliação da ansiedade dentária em crianças, foi desenvolvida, em 2012, a Abeer Children Dental Anxiety Scale (ACDAS).⁽¹⁰⁾

Esta é uma escala ímpar pois é a primeira que combina AD com o estado cognitivo. Usa apenas 3 caras como possíveis resposta a cada pergunta. A cara 1 representa um estado descontraído, relaxado, sem medo, feliz; a cara 2 representa neutralidade; e a cara 3 representa o estado ansioso, assustado. Também a ACDAS identifica os estímulos para a AD numa ordem

clínica lógica, perguntando sobre o sentimento da criança quando enfrenta as experiências dentárias.

No entanto, apesar de ser considerada por vários investigadores como a melhor escala de avaliação da AD para crianças e adolescentes⁽⁴⁹⁾ também ela não compreende itens dentários relativos a tratamentos preventivos de cárie dentária, como selantes de fissura, aplicação de flúor, instruções de higiene oral e alimentação saudável.⁽¹⁰⁾

7. Manutenção e Tratamento de Crianças com Ansiedade Dentária

Tal como em qualquer outra doença/condição, a prevenção antes do desenvolvimento da ansiedade dentária é importante para uma gestão eficaz dos pacientes e para quebrar barreiras suscetíveis de colocar em causa o sucesso do tratamento dentário.^(22,43)

A literatura sugere que programas efetivos de saúde pública, de base comunitária, sejam implementados para familiarizar as crianças e os seus pais com os procedimentos dentários. Prepará-los psicologicamente para o que podem esperar dos vários tratamentos dentários existentes, deve ser o ponto de partida, pois possivelmente levará a uma redução do nível de AD e consequentemente a experiências dentárias positivas.⁽³¹⁾

A equipa dentária é quem tem dos papéis mais importante na determinação do comportamento futuro da criança no setting dentário sendo assim primordial que o primeiro contato da criança seja o mais positivo possível.⁽⁴³⁾ Conseguir avaliar uma criança com base no seu comportamento, saber lidar com as questões emocionais deste, de o saber compreender, de o fazer sentir confortável com o processo e de o conseguir ajudar a ultrapassar possíveis condutas ansiosas ou temerosas durante o tratamento é das competências mais importantes de um odontopediatra.^(22,39,44)

O uso de boas competências de comunicação clínica, no campo específico da Medicina, tem demonstrado resultados como: maior satisfação com o ato clínico; melhoria do sofrimento psicológico e da forma de lidar com ele; melhoria dos sintomas físicos; maior regularidade e adesão terapêutica e adoção de estilos de vida mais saudáveis.⁽¹⁶⁾

Ainda algumas ferramentas não farmacológicas, bastante úteis, eficazes, socialmente aceites inclusive pelos pais das crianças, sem risco e sem custos acrescidos têm ao sucesso do tratamento dentário. São elas:

- Ainda na sala de espera, existir uma área destinada a crianças, com jogos, desenhos para pintar, livros, onde estas possam estar abstraídas enquanto esperam pela consulta dentária. Este passo pode ser fundamental para incutir um comportamento positivo numa criança⁽²²⁾;

- Técnica de modelação, que consiste que a criança observe, ao vivo ou através de filme, alguém a ser submetido com sucesso ao mesmo tratamento que ele vai receber. Esta técnica está descrita como sendo bastante eficaz na redução do medo e AD e na promoção de uma conduta adaptativa positiva⁽²²⁾;

- Técnica do falar-mostrar-fazer (tell-show-do) que consiste: primeiro na explicação verbal do procedimento; seguida da demonstração do procedimento e por último, com o consentimento do paciente, na execução do procedimento. Esta técnica é das mais usadas, considerada das mais confortáveis e das mais eficazes na obtenção do objetivo que será a execução com calma e sucesso do tratamento dentário.⁽²²⁾

Também está demonstrado que o uso de dispositivos audiovisuais ou de realidade virtual devem ser considerados quando é necessário o relaxamento ou a distração do paciente ansioso durante a sessão de tratamento dentário. Outras ajudas como arte, música e até a presença de animais domésticos mostraram-se bastante úteis nalguns ensaios clínicos realizados.⁽¹⁾

No entanto, há ainda odontopediatras que preferem o uso de medidas farmacológicas para alcançarem o nível de cooperação exigido por crianças pequenas, tal como é o caso da sedação. Por outro lado, os pais têm preferência significativa por técnicas de reforço não invasivo em vez de sedação e restrições.⁽²²⁾

Tendo-se pretendido desenvolver, avaliar, testar e validar uma escala de medição de AD para crianças e proceder-se à avaliação das mesmas quando atendidas numa consulta de referenciação para HO, foram realizados dois estudos de onde resultaram dois artigos científicos, cada um com objetivos, métodos, resultados e conclusões específicos. O primeiro artigo refere-se à construção e validação do instrumento de investigação e o segundo artigo aplica o instrumento desenvolvido, para analisar a AD das crianças de 7/8 anos que compareceram à consulta de HO e que preencheram os critérios de inclusão. Assim, são apresentados em seguida os referidos artigos, formatados de acordo com as normas de publicação da revista científica à qual foram os dois submetidos. Por fim, é apresentada a discussão e reflexões finais.

Artigo I - Desenvolvimento de uma escala de ansiedade dentária para crianças atendidas numa consulta de higiene oral

The development of a dental anxiety scale for children in a dental hygiene setting

Filipa Serra¹, Teresa Albuquerque², Mário Rui Araújo³

¹Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo

Rua de Diu, 2200-045 Abrantes | Portugal

Telefone: 96*****

Nº ORCID: 0000-0002-2532-7793

²Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Rua Professora Teresa Ambrósio, Cidade Universitária

1600-277 Lisboa | Portugal

Telefone: 96*****

Nº ORCID: 0000-0002-8539-4648

²Escola Superior de Saúde, Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal

Avenida de Santo António 23, 7301-853 Portalegre | Portugal

Telefone: 92*****

Nº ORCID: 0000-0001-8947-3469

Autor para correspondência/corresponding author:

¹Filipa Serra

ana-dias1@campus.ul.pt

Telf: 96*****

RESUMO

Objetivos: A ansiedade dentária continua a ser a principal barreira ao sucesso do tratamento dentário em crianças. Para uma melhor compreensão desta, são necessários métodos válidos e confiáveis de avaliação. Com este estudo, pretendemos desenvolver, avaliar, testar e validar uma escala de avaliação de ansiedade dentária para crianças atendidas numa consulta de higiene oral.

Métodos: A construção da escala de avaliação da Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças foi desenvolvida com base numa revisão sistemática, na escala Abeer Children Dental Anxiety Scale, em várias técnicas de prevenção e controlo de ansiedade dentária em crianças, no conceito de cuidados centrados no paciente e numa escala de Likert de 5 pontos. Como parte do processo da validação foi calculado o Alfa de Cronbach como coeficiente de consistência interna e o Kayser-Meyer-Olkin para a validação do construto. A escala foi aplicada a 77 crianças que compareceram à consulta e cujos critérios de inclusão foram cumpridos.

Resultados: A escala revelou-se apropriada para atingir os seus objetivos, tendo sido atingidos valores favoráveis na validação do construto e da consistência interna.

Conclusões: A escala de avaliação de Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças é confiável e válida na avaliação da ansiedade dentária em crianças e quando aplicada numa primeira consulta mostrou-se ser uma boa ferramenta de prevenção e gestão da ansiedade dentária.

Palavras-chave: Portugal, ansiedade dentária, medo dentário, crianças, escalas, higiene oral

ABSTRACT

Objetives: Dental anxiety remains the main barrier to successful dental treatment in children. For a better understanding, valid and reliable methods of evaluation are required. The aim of this study is to develop, evaluate, test and validate a dental anxiety scale for children in a dental hygiene setting.

Methodology: The *Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças* scale was developed based on a review, on the Abeer Children Dental Anxiety Scale, in several techniques for the prevention and control of dental anxiety in children, the concept of patient-centered care and a 5-point Likert scale. As part of the validation process, Cronbach's alpha was calculated as an internal consistency coefficient and Kayser-Meyer-Olkin for construct validation. The scale was applied to 77 children who attended the consultation and whose inclusion criteria were met.

Results: The scale proved to be appropriate to accomplish its objectives, and favorable values were achieved in the validation of the construct and internal consistency.

Conclusions: The *Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças* scale is reliable and valid in the evaluation of dental anxiety in children and when applied in a first dental consultation proved to be a good tool for prevention and management of that anxiety.

Keywords: Portugal, dental anxiety, dental fear, children, scales, dental hygiene

Introdução

Apesar de todos os avanços tecnológico e da intensa investigação sobre o assunto, a consulta de saúde oral, quer ela seja de teor preventivo ou curativo, pode ser um momento de grande stress e tensão, tanto para a quem ela tem de recorrer (utente) como para o profissional de saúde oral^(1,2). O medo/ansiedade dentária (AD) nas crianças tende a ser considerado como padrão normativo de desenvolvimento^(3,4). No entanto, quando persistente e excessivo, resultando na constante evasão aos tratamentos dentários necessários e em comportamentos disruptivos e não colaborantes durante uma consulta dentária, podem levar a um impacto muito negativo na qualidade de vida da criança e mais tarde na sua vida adulta^(3,5). Para além do agravamento da situação dentária, com conseqüente dificuldade em comer e falar, crianças com medo de realizar tratamentos dentários reportaram menor bem-estar social e emocional em comparação com crianças sem medo^(6,7).

Para uma melhor gestão e manutenção deste tipo de ansiedade, é essencial uma melhor compreensão dela, avaliando-a quantitativamente e investigando as razões por que ela tende a acontecer e os estímulos mais preditivos. O uso de questionários de autoavaliação são o mais comumente usados e os mais fiáveis métodos de avaliação da AD⁽⁸⁾. Também são os que permitem uma estimativa qualitativa e quantitativa da ansiedade expressa na perspetiva do indivíduo⁽⁹⁾.

Desde 1960 que vários questionários de avaliação de AD têm sido desenvolvidos. Em 2012, Al-Namankany desenvolveu uma para crianças, com idade igual ou superior a 6 anos⁽¹⁰⁾. A Abeer Children Dental Anxiety Scale (ACDAS), tem sido considerada por alguns autores como a escala mais próxima do ideal⁽¹¹⁾. Para além de várias características ímpares, a ACDAS: identifica os estímulos para a AD numa ordem clínica lógica, perguntando sobre o sentimento da criança quando esta enfrenta as experiências dentárias; utiliza apenas 3 caras como resposta a cada pergunta sendo que a cara 1 representa um estado descontraído, relaxado, sem medo, feliz, a cara 2 representa neutralidade e a cara 3 representa o estado ansioso, assustado; e é a primeira a avaliar o estado cognitivo da criança durante a visita dentária. Contudo, também ela não inclui itens dentários relativos a tratamentos preventivos de cárie dentária, como selantes de fissura, aplicação de flúor, instruções de higiene oral e alimentação saudável⁽¹⁰⁾.

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), existente em Portugal, no âmbito do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), oferece acesso a consultas gratuitas de referência para a/o higienista oral (HO) nos centros de saúde (CS) onde existe esse profissional, para crianças das coortes de 4, 7, 10 e 13 anos, segundo critérios definidos⁽¹²⁾. Estas consultas, sendo de carácter preventivo de cáries dentárias e das doenças orais, podem ser também uma mais-valia na prevenção e gestão de AD em crianças. A literatura recomenda que as crianças iniciem a sua experiência dentária com uma visita neutra, com uma simples observação oral, um polimento dentário, por exemplo, antes de se iniciarem em tratamentos invasivos⁽¹³⁾. A investigação mostra que quanto mais invasivos, maior será a AD causada nas crianças e pior será o seu comportamento⁽¹⁴⁾.

Na Extensão de Saúde de Alferrarede, do CS de Abrantes, desde 2009, dados não publicados referem que a HO atende uma média de 358 crianças, sendo na sua maioria crianças de 7/8 anos. Aproveitando o atendimento em gabinete, a investigadora principal, neste caso a HO do CS, pretendeu com este estudo desenvolver, avaliar, testar e validar uma escala de ansiedade dentária para crianças atendidas numa consulta de higiene oral (HO).

Métodos

A fim de atingir os objetivos propostos foi realizado um estudo observacional, transversal e exploratório. O protocolo do estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e pela direção do Agrupamento de Centro de Saúde do Médio Tejo.

A população do estudo foi composta por crianças nascidas em 2014 (coorte dos 7 anos), de ambos os sexos, que compareceram à consulta de referenciação para a HO do CS. A amostra foi constituída pelas crianças que cumpriram os critérios de inclusão: crianças sem necessidade de saúde especiais; autorizadas pelos respetivos encarregados de educação através da assinatura e devolução do consentimento livre, voluntário e esclarecido construído para o efeito e cujas crianças aceitaram elas próprias participar no estudo. Não foram incluídas as crianças que recusaram participar ou cuja autorização não foi dada pelo encarregado de educação.

Desenvolvimento da escala

A escala de AD para crianças atendidas numa consulta de HO foi construída com base: numa revisão sistemática sobre escalas de AD utilizadas em crianças⁽⁸⁾; na escala ACDAS e nas sugestões da sua autora⁽¹⁰⁾; em algumas técnicas de prevenção e controlo da AD em crianças⁽¹⁵⁾; no conceito “cuidados centrados no paciente” (PCC) em dentisteria^(16,17) e numa escala de Likert de 5 pontos, associados a *smiles* análogos, ancorados abaixo da forma numérica original, baseados no Faces Version Modified Children Denatl Anxiety Scale (MCDAS_f)⁽¹⁸⁾.

A escala é constituída por 21 items, pode ser usada em crianças com pelo menos 6 anos de idade e propomos que seja designada de Escala de Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças (ADHOc) (Figura 1). A escala é formada por 3 partes:

- 1. A - Avaliação Cognitiva** – A efetuar após o profissional de saúde oral, ir fardado, buscar a criança à sala de espera e após a entrada desta no gabinete dentário sem ainda se sentar na cadeira dentária. Ainda numa cadeira normal, a criança é questionada se tem “vergonha de ir a uma consulta dentária”; se gosta do “aspeto dos seus dentes” e se “tem medo de perder o controlo durante a consulta”. Por cada pergunta é-lhe pedido que responda “sim” ou “não”.

2. B – Questionário autoavaliação da ansiedade dentária – Constituída por 16 questões, alinhadas na ordem lógica da referida consulta. As crianças são convidadas a escolherem o *smile* que melhor representa o seu sentimento no momento de cada procedimento dentário.

Existem 5 opções (*smiles*) de resposta por pergunta: *smile* 1, de cor azul, representa o sentimento de “nada ansioso”, tranquilo, calmo, sem medo; o *smile* 2, de cor verde, representa “muito pouco ansioso”, mas um pouco desconfiado; o *smile* 3, de cor laranja representa um sentimento de preocupação, desconfiança, “moderadamente ansioso”; o *smile* 4, de cor amarela, representa “muito ansioso”, medo; e o *smile* 5, de cor vermelha, representa o sentimento de “extremamente ansioso”, de muito medo, de querer fugir ao tratamento, de pânico. As pontuações totais variam assim de 16 (pouca ou nenhuma ansiedade dentária) a 80 (ansiedade dentária extrema). Optou-se por uma escala de *smiles* coloridos, adaptada de uma disponível gratuitamente no site www.slidego.com. Ressalva-se que nas questões 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 e 12, antes do procedimento, a criança era informada sobre o que se iria fazer.

3. C - Percepção do HO – Corresponde à avaliação geral da AD da criança sob a perspetiva da HO, também através da escolha de um dos 5 *smiles* e uma última pergunta que questionava se no final, “todos os tratamentos previstos foram realizados?”, com possível resposta “sim” ou “não”.

Após o desenvolvimento e análise da escala, com a colaboração de especialistas da área, entre o dia 24 de Fevereiro e 4 de Março de 2022, foi realizado um pré-teste deste instrumento de investigação com as primeiras 8 crianças que preencheram os critérios de inclusão. Após a aplicação foram feitos alguns ajustes, nomeadamente: a escala original tinha uma pergunta relacionada com o uso de “um instrumento que vibra, faz barulho e deita água”, mas como a destartarização, tratamento a que se referia a frase, não é um tratamento que se faça necessariamente a todos os utentes, optou-se por ser retirada da escala. Também tinha uma questão relacionada com o “cheiro do consultório”, mas como as crianças não sentiam nenhum cheiro diferente, também se optou pela sua retirada. Após reorganização da escala, do treino e da harmonização do discurso por parte da HO, foi então aplicada a escala ADHOc, modelo a testar.

A escala foi aplicada a 77 crianças de 7/8 anos que compareceram à consulta de referenciação da HO e preencheram os critérios de inclusão, entre 11 de Março e 7 de Julho de 2022. Antes de serem convidadas a entrar no gabinete dentário as crianças esperavam numa zona própria no CS destinada a crianças. Na hora da consulta, a HO devidamente fardada, dirigia-se à sala de espera e convidava a criança a acompanhá-la ao gabinete dentário. Antes da criança se sentar na cadeira dentária, ainda numa cadeira normal, era aplicada a parte **A** da escala ADHOc. No final das 3 perguntas, a HO convidava a criança a sentar-se na cadeira dentária, explicando-lhe que iriam iniciar a consulta e os tratamentos dentários e que enquanto ali estivesse sentada que gostaria que a criança, através da escolha de um dos 5 *smiles* coloridos, lhe dissesse como se sentia relativamente aos tratamentos que lhe estavam ou iriam fazer. A HO mostrava uma escala com os *smiles* em tamanho grande (Figura 2), que as crianças seguravam e, enquanto a HO fazia as 16 perguntas (parte **B**), as crianças apontavam para o *smile* que melhor representava o seu sentimento. A HO, conforme as respostas, ia assinalando as mesmas na escala em papel. No final da consulta e após despedida, a parte **C** era preenchida pela HO.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 27.

Foi avaliada a consistência interna, também designada de confiabilidade, através do cálculo estatístico do Alfa de Cronbach.

Para validação do construto, a análise fatorial foi acedida com recurso ao teste estatístico denominado Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que ajudou a verificar se os indivíduos que participaram nas respostas o fizeram de forma consistente e se a escala em análise é considerada adequada. O teste de esfericidade de Bartlett também foi realizado.

Resultados

A escala de ansiedade dentária foi aplicada a 77 crianças, de 7/8 anos, de ambos os sexos, que compareceram à consulta de referência para a HO e que cumpriram os critérios de inclusão. A recolha de dados foi feita pela própria HO.

No início da entrevista onde era aplicada a escala ADHOc, era dito a cada criança que, se em algum momento quisessem parar de responder, que o poderiam fazer sem qualquer prejuízo. Todas as 77 crianças responderam a todas as perguntas realizadas, nenhuma pediu para deixar de responder em qualquer parte da entrevista e mostraram-se estimuladas e agradadas quando lhes era mostrada a escala de *smiles* em formato grande (Figura 2). Também, todos os responsáveis que acompanharam as crianças à consulta se mostraram agradados com a consulta e com a investigação que estava a decorrer e como esta foi conduzida.

Com recurso ao cálculo do Alpha de Cronbach (α), foi obtido o valor de 0.796, (Tabela 1). Analisando o α de cada item verificou-se que são muito semelhantes, com valores a variarem entre 0,766 e 0,798.

Relativamente à validação do construto, com recurso à análise dos testes estatísticos de KMO e teste de esfericidade de Bartlett, o valor obtido de KMO foi de 0,669 e o teste de esfericidade foi estatisticamente significativo com $p < 0,05$ (Tabela 2).

Discussão

Apesar da existência de 14 escalas de avaliação de AD em crianças, nenhuma delas é considerada a escala ideal⁽¹⁰⁾ e não foi encontrada nenhuma escala publicada adaptada para investigar a AD de crianças atendidas numa consulta de referenciação para HO. Os itens mais comumente avaliados nas escalas da AD são injeções, perfurações (brocar o dente) e extrações dentárias, tudo tratamentos que não são realizados na referida consulta⁽¹⁰⁾. Portanto, havia a necessidade da criação de uma escala nova. Surgiu assim a escala ADHOc, uma escala única e a primeira, em Portugal, que se propõe a avaliar a AD das crianças quando atendidas numa consulta de HO.

A escala ADHOc foi desenhada com base: numa revisão sistemática sobre escalas de AD utilizadas em crianças⁽⁸⁾; na escala ACDAS e nas sugestões da sua autora⁽¹⁰⁾; em algumas técnicas de controlo da AD em crianças⁽¹⁵⁾; no conceito “cuidados centrados no paciente” (PCC) em dentisteria^(16,17) e numa escala de Likert de 5 pontos, associados a *smiles* análogos, ancorados abaixo da forma numérica original, baseados no Faces Version Modified Children Denatl Anxiety Scale (MCDAS_f)⁽¹⁸⁾.

Decerto, a escala ADHOc é única por ser a primeira completamente adaptada a uma consulta de HO. No entanto, há que ter em consideração outros aspetos chave que a tornam uma versão melhorada das outras:

1. Todas as perguntas estão alinhadas segundo a ordem lógica da consulta o que permite fundir-se facilmente no tempo normal de atendimento. Um dos critérios essenciais que, segundo Buchanan, uma escala de avaliação para criança deve de ter⁽¹⁹⁾;
2. Incluiu todos os itens relevantes à experiência dentária da criança. Outro critério essencial⁽¹⁹⁾;
3. É aplicada no ambiente clínico, durante a consulta e enquanto a criança está a vivenciar a experiência dentária. Entendemos, tal como Al-Namankany, que as respostas das crianças face aos tratamentos que estão a viver, sejam muito mais reais do que respostas a um questionário do mesmo género aplicado antes da consulta ou até em ambiente não clínico⁽¹⁰⁾. Além disso, há crianças que têm na consulta de referenciação para a HO do CS, aos 7 anos, a sua primeira experiência dentária, logo, perguntar sobre situações nunca vivenciadas a crianças pode levar a muitos

vieses de respostas e a resultados irreais. No entanto, se o objetivo da aplicação de uma escala antes da consulta é antecipar o comportamento e a AD da criança⁽²⁰⁾, em nosso entender, ele é conseguido igualmente através da resposta da criança a duas perguntas da secção da Avaliação Cognitiva – “tens vergonha de vir a uma consulta destas?” e “tens medo de perder o controlo durante a consulta?”, características pessoais correlacionadas a variações da AD em crianças^(21,22).

4. Utiliza uma escala de avaliação com *smiles* coloridos, em tamanho grande que a criança pode pegar, mexer e apontar, que se mostrou muito eficaz em captar a atenção da criança. Outro critério essencial, segundo Buchanan⁽¹⁹⁾;
5. Pode e deve ser usada como um item preventivo na primeira visita da criança ao dentista e durante todo o tratamento dentário. Na verdade, ela também foi construída segundo esta sugestão de Al-Namankany no final do seu artigo⁽¹⁰⁾.
6. O protocolo de abordagem da HO é alicerçada na sua experiência de mais de 14 anos a trabalhar com crianças, tanto a nível comunitário como a nível clínico e nos princípios orientadores de uma consulta dentária centrada no paciente (PCC): humildade, hospitalidade e mindfulness, mencionados por Apelian et all⁽¹⁶⁾. Todos os passos do protocolo de aplicação da escala têm como objetivo a promoção de um comportamento relaxado, positivo e de cooperação na criança bem como na criação de um ambiente empático, confiável e seguro.
7. Antes e durante a sua aplicação, são utilizadas algumas ferramentas não farmacológicas, que se mostram bastante úteis, eficazes, bem aceites pelas crianças e pelos seus pais, para prevenção e manutenção da AD⁽¹⁵⁾. A criança enquanto está à espera da consulta, aguarda numa zona destinada a crianças, onde tem um desenho para pintar, promovendo assim um comportamento relaxado e positivo e durante a consulta é usada a técnica tell-show-do antes do efetivo tratamento dentário promovendo assim a aceitação do tratamento e a sua execução com calma e sucesso.
8. Utiliza uma escala de Linkert que torna a escala fácil de pontuar e de analisar estatisticamente.

Como característica menos positiva apontamos para a escolha de 5 *smiles* como possível resposta, em vez dos 3 usados na escala ACDAS⁽¹⁰⁾. Por vezes as crianças ficavam confusas com o que cada *smile* significava. Também a pergunta “ter medo de perder o controlo” gerou alguma confusão nas crianças o que pode ter levado a vieses de resposta. Sugere-se assim, que num estudo próximo, a escala seja melhorada, nomeadamente na mudança dos 5 *smiles* para os 3 *smiles*.

Examinando o desempenho da escala ADHOc, pela análise estatística da confiabilidade através do Alpha de Cronbach, podemos afirmar que a escala mostra ter boa consistência interna e que os resultados obtidos são confiáveis. Sendo os α de cada item muito semelhantes, demonstrando que nenhum item necessitava de ser melhorado, reforçam a robustez do teste⁽²³⁾. Quanto à validação da escala entendemos ter sido muito bem aceite por todos os participantes e seus responsáveis. Estatisticamente, o valor de KMO ser superior a 0,6 e o teste de esfericidade de Bartlett ser estatisticamente significativo, mostra-nos que a escala é considerada válida para a obtenção da informação pretendida.

Também consideramos a validação de face conseguida, pois, tanto as crianças como os seus responsáveis se mostraram agradados com o método utilizado, principalmente com a escala de *smiles* em tamanho grande que lhes despertou a atenção.

Não foi possível a realização da validação concorrente, pela razão da não existência de outra escala adaptada a uma consulta de HO ou que contemplasse nos seus itens procedimentos preventivos de cárie dentária. As escalas de AD para crianças conhecidas contemplam itens como injeções dentárias, perfurações (brocar um dente) e extrações dentárias^(8,10).

Também não foi executado um teste-reteste o que pode ser considerado uma das limitações deste estudo, mas como a AD tende a diminuir com a frequência das consultas⁽²⁴⁾, se o mesmo teste fosse realizado numa segunda consulta a uma criança que tenha tido uma boa primeira experiência dentária, pressupõem-se que as respostas do segundo teste iriam ser mais favoráveis do que no primeiro colocando assim em causa a sua confiabilidade.

Outra das limitações apontadas é ter sido utilizada uma amostra de conveniência. Não foram incluídas as crianças que recusaram participar ou cuja autorização não foi dada pelo encarregado de educação. Pode ter-se dado o caso de algumas não autorizações serem de crianças extremamente ansiosas e cujos pais

preferiram que elas não se sujeitassem a perguntas sensíveis ou que pudessem piorar a situação de AD.

No geral, e em nosso entender, acreditamos que a aplicação desta escala, da forma como está construída e segundo o seu protocolo de aplicação, possa ser uma boa ferramenta de prevenção e gestão da AD em crianças. Note-se que, todas as crianças responderam a todas as perguntas, nenhuma pediu para deixar de responder em qualquer parte da entrevista e adicionalmente todas terminaram a consulta com todos os tratamentos previstos executados.

Adicionalmente aos resultados positivos nas crianças, a HO que aplicou a escala ADHOc, sentiu mudanças muito positivas na sua prática clínica. O ter aplicado, consistentemente, durante 12 semanas, uma escala de avaliação segundo um protocolo a 77 crianças, parece ter contribuído para o aperfeiçoamento profissional da Higienista Oral, nomeadamente no que diz respeito a melhoria do foco, da atenção, da empatia, da autoconsciência, aceitação, sabedoria, autocuidado e conexão com a criança durante a consulta dentária, tudo conceitos interligados a *mindfulness* e cuidados centrados no paciente (PCC)^(16,17,25). Seria interessante estudar no futuro se a simples aplicação de uma escala pode contribuir para o aperfeiçoamento das competências relacionais dos profissionais de saúde, principalmente o desenvolvimento de consultas cada vez mais centradas nos pacientes, questão que tem sido debatida por alguns investigadores⁽²⁶⁾.

Conclusões

Com base nos resultados do estudo, podemos concluir que:

1. A escala ADHOc parece ser um instrumento de medição de AD em crianças, confiável e válido;
2. Quando aplicado numa primeira consulta dentária, pode ser uma boa ferramenta de prevenção e gestão da AD em crianças;
3. Quando usado consistentemente por um profissional de saúde oral pode contribuir no aperfeiçoamento de competências ligadas aos cuidados centrados no paciente.

Referências Bibliográficas

1. de Stefano R. Psychological Factors in Dental Patient Care: Odontophobia. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2019 Oct 8;55(10):678. Available from: <https://www.mdpi.com/1648-9144/55/10/678>
2. Kamel AshrafMF, Al-Harbi A, Al-Otaibi F, Al-Qahtani F, Al-Garni A. Dental anxiety at Riyadh Elm University Clinics. *Saudi Journal of Oral Sciences* [Internet]. 2019;6(2):101. Available from: <http://www.saudijos.org/text.asp?2019/6/2/101/264763>
3. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2017 Jul 1;55:25–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28478271>
4. Psychiatric Association A. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA LTDA.; 2014.
5. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J* [Internet]. 2013 Dec;58(4):390–407; quiz 531. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24320894>
6. Luoto A, Lahti S, Nevamperä T, Tolvanen M, Locker D. Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2009 Mar;19(2):115–20. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2008.00943.x>
7. Foster Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ₁₁₋₁₄). *J Dent Res* [Internet]. 2005 Jul 11;84(7):649–52. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/154405910508400713>
8. Al-Namankany A, de Souza M, Ashley P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br Dent J* [Internet]. 2012 Mar 9;212(5):219–22. Available from: <http://www.nature.com/articles/sj.bdj.2012.174>
9. McGrath PA. Measurement issues in research on dental fears and anxiety. *Anesth Prog* [Internet]. 1986;33(1):43–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3458389>
10. Al-Namankany A, Ashley P, Petrie A. The development of a dental anxiety scale with a cognitive component for children and adolescents. *Pediatr Dent* [Internet]. 2012 Nov;34(7): e219-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23265158>
11. Vlad R, Stoica OE, Stoica AM, Monea M. Assessment of dental anxiety and the prevalence of dental caries in a group of 6-9 years old children. *Acta Stomatologica*

- Marisiensis Journal [Internet]. 2020 Dec 1;3(2):18–23. Available from: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/asmj-2020-0010>
12. Azul A, Céu A do, Ferreira CS, Jordão M. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025 [Internet]. Lisboa; 2021 May. Available from: www.dgs.pt
 13. Suprabha B, Choudhary S, Rao A, Shenoy R. Child dental fear and behavior: The role of environmental factors in a hospital cohort. Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry [Internet]. 2011 [cited 2022 Sep 24];29(2):95. Available from: <http://www.jisppd.com/text.asp?2011/29/2/95/84679>
 14. Al-Namankany A. Assessing dental anxiety in young girls in KSA. J Taibah Univ Med Sci [Internet]. 2018 Apr;13(2):123–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1658361217301713>
 15. Tyagi R, Sharma A. Behavior Assessment of Children in Dental Settings: A Retrospective Study. Int J Clin Pediatr Dent [Internet]. 2011;4(1):35–9. Available from: <https://www.ijcpd.com/doi/10.5005/jp-journals-10005-1078>
 16. Apelian N, Vergnes JN, Hovey R, Bedos C. How can we provide person-centred dental care? Br Dent J [Internet]. 2017 Sep 22;223(6):419–24. Available from: <http://www.nature.com/articles/sj.bdj.2017.806>
 17. Mills I, Frost J, Kay E, Moles DR. Person-centred care in dentistry - the patients' perspective. Br Dent J [Internet]. 2015 Apr 10;218(7):407–13. Available from: <http://www.nature.com/articles/sj.bdj.2015.248>
 18. Howard KE, Freeman R. Reliability and validity of a faces version of the Modified Child Dental Anxiety Scale. Int J Paediatr Dent [Internet]. 2007 Jul;17(4):281–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17559456>
 19. Buchanan H. Development of a computerised dental anxiety scale for children: validation and reliability. Br Dent J [Internet]. 2005 Sep 24;199(6):359–62. Available from: <http://www.nature.com/articles/4812694>
 20. Alshoraim MA, El-Housseiny AA, Farsi NM, Felemban OM, Alamoudi NM, Alandejani AA. Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study. BMC Oral Health [Internet]. 2018 Dec 7;18(1):33. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-018-0496-4>
 21. Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. Int J Paediatr Dent [Internet]. 2007 Nov;17(6):449–59. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2007.00883.x>

22. Kroniņa L, Rasčevska M, Care R. Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety. *Stomatologija* [Internet]. 2017;19(3):84–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29339671>
23. Streiner DL. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. *J Pers Assess* [Internet]. 2003 Jun;80(3):217–22. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12763696>
24. Zhu M, Yu H, Xie B, Li H, He Q, Li H, et al. Experiential learning for children's dental anxiety: a cluster randomized trial. *BMC Oral Health* [Internet]. 2020 Dec 7;20(1):216. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01204-5>
25. Lovas JG, Lovas DA, Lovas PM. Mindfulness and professionalism in dentistry. *J Dent Educ* [Internet]. 2008 Sep;72(9):998–1009. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18768442>
26. Patel V, Buchanan H, Hui M, Patel P, Gupta P, Kinder A, et al. How do specialist trainee doctors acquire skills to practice patient-centred care? A qualitative exploration. *BMJ Open* [Internet]. 2018 Oct 15;8(10):e022054. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2018-022054>

Índice de Figuras

Figura 1 - Escala de Avaliação da Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças.

Figura 2 - Escala de smiles utilizado para avaliar o grau de ansiedade dentária na criança.

Tabelas

Com recurso ao cálculo do Alpha de Cronbach (α), foi obtido o valor de 0.796, (Tabela 1). Analisando o α de cada item verificou-se que são muito semelhantes, com valores a variarem entre 0,766 e 0,798.

Relativamente à validação do construto, com recurso à análise dos testes estatísticos de KMO e teste de esfericidade de Bartlett, o valor obtido de KMO foi de 0,669 e o teste de esfericidade foi estatisticamente significativo com $p < 0,05$ (Tabela 2).

Tabela 2 - Estatística de confiabilidade da Escala de Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas crianças

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N de itens
0,796	0,793	16

Tabela 3 - Valores do Teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e teste de esfericidade de Bartlett

Medida de KMO de adequação de amostragem.		0,67
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Qui-quadrado	405,775
	gl	120
	Sig.	,000

Figuras

Escala de Avaliação de Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças (ADHOc)






Data: ___/___/___	Gênero: 1. Feminino 2. Masculino	Idade: _____
Etia _____	Veio acompanhado à consulta, por? _____	

(A/o HO vai à sala de espera, fardada, perguntar à criança se a pode acompanhar até ao gabinete dentário. Ao entrar no gabinete, pede à criança para se sentar numa cadeira “normal”.)

A – Avaliação cognitiva⁽¹⁾

A_1 – Tens vergonha de vir a uma consulta destas? 1. Sim 2. Não
 A_2 – Gostas do aspeto dos teus dentes? 1. Sim 2. Não
 A_3 – Tens medo de perder o controlo na consulta? 1. Sim 2. Não






Agora convido-te a sentares-te na cadeira dentária para realizarmos a consulta e, enquanto estiveres aí sentado, peço-te que me digas se te sentes tranquilo/calmo/feliz ou se te sentes assustado/ansioso/com medo com o que vamos fazer através da escolha do *smile* que achas que mostra melhor o que estás a sentir. Pode ser?

B – Questionário autoavaliação ansiedade dentária	1	2	3	4	5
Como te sentiste/sentes em relação a:					
1 – Estar sentado na sala de espera?					
2 - Quando te chamei para entrares no gabinete dentário?					
3 – Veres os instrumentos de observação no tabuleiro?					
4 – Estar deitado na cadeira dentária?					
5 – Teres uma luz apontada para a tua boca?					
6 – Teres um aspirador de saliva na tua boca?					
7 – Teres alguém a ver os teus dentinhos com um espelho dentro da tua boca?					
8 – Escovar-te os dentes com uma escova elétrica “agarrada” à cadeira?					
9 – Sentires o sabor da pasta dos dentes (de polimento)?					
10 – Aos barulhos que tens estado a ouvir aqui no gabinete?					
11 – (depois da demonstração de como se aplica um selante) Ires colocar selantes nos teus dentes?					
12 – Teres uma luz azul dentro da tua boca?					
13 – (depois de colocar o 1º selante) Depois de teres colocado o teu primeiro selante?					
14 – (depois de colocar todos os selantes previstos) Agora que colocámos X (nº) de selantes?					
15 – Fazeres o bochecho de flúor?					
16 – Teres terminado a consulta?					

Legenda: 1 - Nada ansioso; 2 - Muito pouco ansioso; 3 - Moderadamente ansioso; 4 - Muito ansioso; 5 - Extremamente ansioso

C – Perceção do Higienista Oral

C_1 – Como avalia a ansiedade dentária geral da criança ao longo da consulta?⁽¹⁾

1	2	3	4	5
				

C_2 – Todos os tratamentos previstos foram realizados? 1. Sim 2. Não

⁽¹⁾ Adaptada do ACDAS, de Dr. Abeer Al-Namankany, 2011

Figura 1 Escala de Avaliação de Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças (ADHOc)

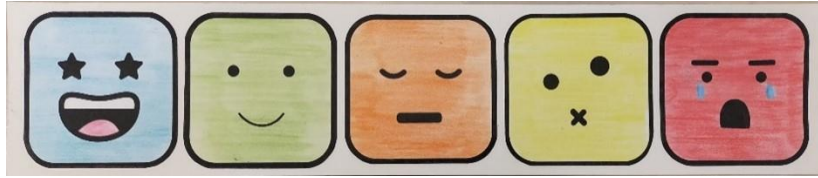


Figure 2 Escala de smiles utilizado para avaliar o grau de ansiedade dentária na criança

Artigo II - Ansiedade dentária em crianças de 7/8 anos: estudo exploratório em crianças atendidas numa consulta de referenciação para o higienista oral do Serviço Nacional de Saúde

Dental anxiety in 7/8-year-old children: exploratory study in children attended in a referral consultation for the dental hygienist of the National Health Service

Filipa Serra¹, Teresa Albuquerque², Mário Rui Araújo³

¹Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo

Rua de Diu, 2200-045 Abrantes | Portugal

Telefone: 96*****

Nº ORCID: 0000-0002-2532-7793

²Faculdade de Medicina Dentária, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal

Rua Professora Teresa Ambrósio, Cidade Universitária

1600-277 Lisboa | Portugal

Telefone: 96*****

Nº ORCID: 0000-0002-8539-4648

²Escola Superior de Saúde, Politécnico de Portalegre, Portalegre, Portugal

Avenida de Santo António 23, 7301-853 Portalegre | Portugal

Telefone: 92*****

Nº ORCID: 0000-0001-8947-3469

Autor para correspondência/corresponding author:

¹Filipa Serra

ana-dias1@campus.ul.pt

Telefone: 96*****

RESUMO

Objetivos: Avaliar a presença de ansiedade dentária em crianças de 7/8 anos atendidas numa consulta de referenciação para a higienista oral e identificar quais os fatores de risco que podem influenciar a ansiedade dentária na criança.

Métodos: Um estudo observacional, transversal e exploratório foi conduzido. Foi aplicada a escala de avaliação da *Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças* a 77 crianças, de ambos os géneros, que compareceram à consulta de higiene oral e preencheram os critérios de inclusão. Para análise das diferenças entre os vários grupos e a força da correlação quando existente, foram utilizados testes não paramétricos adequados.

Resultados: A maioria das crianças mostrou-se livre de ansiedade dentária perante todos os itens da escala e, cada criança teve em média uma pontuação total de ansiedade dentária de $25,44 \pm 7,61$. Os fatores de personalidade da criança (vergonha, medo de perder o controlo, nervosismo e gosto pelo aspeto dos dentes) e contágio familiar demonstraram efeito nos valores de ansiedade dentária, pelas diferenças significativas encontradas entre grupos ($p < 0,05$).

Conclusões: A grande maioria das crianças de 7/8 anos apresenta-se livres de ansiedade dentária perante os itens de uma consulta de higiene oral. A ansiedade dentária nas crianças está associada à personalidade da criança e influência familiar.

Palavras-chave: Portugal, ansiedade dentária, medo dentário, crianças, escalas, higiene oral, saúde pública

ABSTRACT

Objectives: Assess the presence of dental anxiety in 7/8-year-old children attended at a referral consultation for the dental hygienist and identify which risk factors may influence dental anxiety in the child.

Methodology: An observational, cross-sectional and exploratory study was conducted. The *Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças* Scale was applied to 77 children of both sexes who attended the dental hygiene consultation and met the inclusion criteria. For analysis of the differences between groups and possible correlations, suitable non-parametric tests were used.

Results: Most children show no dental anxiety for all items on the scale and the mean of dental anxiety for children is $25,44 \pm 7,61$. Child's personality factors (shame, fear of losing control, nervousness and liking the appearance of the teeth) and family contagion showed an influence on dental anxiety values, due to the significance differences found between groups ($p < 0,05$).

Conclusions: The majority of children aged 7/8 years is free of dental anxiety before the items of a dental hygiene consultation. Dental anxiety in children is associated with the child's personality and family influence.

Keywords: Portugal, dental anxiety, dental fear, children, scales, dental hygiene, public health

Introdução

O medo ou ansiedade dentária (AD), termos usados indistintamente na literatura científica, continua, apesar da contínua evolução tecnológica, a ser um problema desafiante em dentisteria⁽¹⁻⁴⁾.

Nas crianças, a AD tem sido reconhecida como a principal barreira ao sucesso do tratamento dentário. Estima-se que pacientes ansiosos necessitem de aproximadamente mais 20% de tempo em cadeira do que pacientes não ansiosos, tornando por vezes a experiência da consulta bastante desagradável e stressante tanto para ele próprio como para o clínico⁽⁵⁻⁷⁾.

Para além de ter impacto na qualidade do tratamento dentário, a AD está correlacionada com uma saúde oral mais pobre, uma pior qualidade de vida, podendo gerar na adolescência problemas como dor, evasão social e dificuldade em falar e comer⁽⁸⁾. Com efeito, crianças com AD tendem a reportar menor bem-estar social e emocional em comparação com crianças sem AD^(4,9).

A variação da AD infantil é, na melhor das hipóteses, explicada pela experiência dentária infantil e pelos fatores de atitude, bem como pelos fatores de personalidade e comportamento das crianças⁽¹⁰⁾. Para uma gestão e manutenção mais eficaz de AD em crianças, a literatura sugere a existência de programas efetivos de saúde pública, de base comunitária, para familiarizar as crianças e os seus pais com os procedimentos dentários⁽¹¹⁾; que os clínicos tenham o devido conhecimento da condição^(2,12) e boas competências de comunicação clínica⁽¹³⁾ baseadas no conceito “cuidados centrados no paciente” (PCC)⁽¹⁴⁾; e que sempre que possível se usem técnicas não farmacológicas, não invasivas, de reforço de comportamento positivo nas crianças, em vez de sedação e restrições⁽⁵⁾. Recomenda-se também que as crianças iniciem a sua experiência dentária com uma consulta neutra, com uma simples observação oral, um polimento dentário, por exemplo, antes de se iniciarem em tratamentos invasivos⁽¹⁵⁾ e há quem sugira ainda que uma escala de avaliação de AD em crianças seja usada como um item preventivo, na primeira visita dentária da criança e durante todos os procedimentos⁽¹⁶⁾.

Os resultados de uma meta-análise de 2020, feita a estudos publicados entre 1985 e 2020, mostraram que a AD é altamente prevalente em crianças e adolescentes, a nível mundial. Especificamente em idade escolar, ela varia entre 19,4% e 28,5%⁽¹²⁾. Estudos de 21 países foram considerados, porém, Portugal não foi um deles, nem na metanálise de Grisolia et al nem na revisão sistemática de Cianetti

et al^(12,17). Adicionalmente à escassez de estudos relativos a este assunto em Portugal, também não foram encontradas escalas de avaliação de AD em crianças adaptadas a uma consulta de Higiene Oral (HO), nem em português nem em outra língua. Todas as escalas conhecidas, nomeadamente a versão portuguesa do *Dental Fear Survey* avaliam a AD relativamente a itens tais como injeções, “ver, ouvir ou sentir a broca” e extrações dentárias^(16,18), procedimentos que não existem numa consulta de HO. Em 1996 foi desenvolvida a *Dental Hygiene Fear Survey*, no entanto, apesar de ser adaptada a uma consulta de HO não é destinada somente a crianças e tem questões relativas a agulhas, medo de asfixia além de que tem uma questão particular que avalia o “medo de morrer na cadeira dentária de um ataque cardíaco”⁽¹⁹⁾.

Assim, este estudo exploratório, tem o propósito de avaliar a AD das crianças de 7/8 anos, atendidas na consulta de referenciação para o Higienista Oral (HO) do Serviço Nacional de Saúde (SNS), na Extensão de Saúde de Alferrarede (ESA), do Centro de Saúde (CS) de Abrantes.

Pretendemos também averiguar se existe relação entre a AD da criança e o género, a zona de habitação, o tipo de estrutura familiar, a existência de AD em algum familiar, a experiência dentária prévia da criança e se existe mais AD quando as crianças entram sozinhas no gabinete dentário ou acompanhadas. Explorámos ainda quais os procedimentos dentários da consulta que põem as crianças mais nervosas e quais os que elas gostam mais e gostam menos.

Material e métodos

A presente investigação enquadra-se num estudo observacional, transversal e exploratório, efetuado com recurso a um guião de entrevista semiestruturado aplicado durante toda a consulta de higiene oral, segundo a ordem lógica da mesma.

No início o guião é composto por questões demográficas (género, etnia, zona de habitação e estrutura familiar), e por questões que segundo a literatura podem também influenciar a AD na criança (existência de familiar próximo com AD, experiência dentária prévia, “se as consultas num gabinete assim” deixam a criança nervosa, e se foi acompanhada à consulta ou se entrou sozinha). De seguida, foi aplicada uma escala de avaliação de Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas crianças (ADHOc) (Figura 1), construída, testada e validada para o efeito, desenvolvida por Serra et al, em manuscrito submetido para publicação em novembro de 2022, intitulado *Desenvolvimento de uma escala de ansiedade dentária para crianças atendidas numa consulta de higiene oral*⁽²⁰⁾. No final do guião, através de 3 perguntas de resposta aberta, as crianças eram questionadas sobre se alguma coisa os pôs mais nervosos durante a consulta, do que é que gostaram mais na consulta e do que é que gostaram menos.

A escala ADHOc é um instrumento de avaliação da AD, portuguesa, confiável, validada e adaptada a uma consulta de HO, que pode ser utilizada em crianças com pelo menos 6 anos de idade. É constituída por 21 itens, divididos em 3 partes (A, B e C). A parte A (3 itens) corresponde à avaliação cognitiva da criança, em que a criança é convidada a responder sim ou não às perguntas: “tens vergonha de vir a uma consulta destas?”, “gostas do aspeto dos teus dentes?” e “tens medo de perder o controlo na consulta?”. A parte B, que corresponde ao questionário de autoavaliação da AD pela criança. A criança é convidada a avaliar o seu nível de AD perante 16 itens da consulta, escolhendo o *smile*, que melhor representa o seu sentimento perante cada procedimento dentário, com o auxílio de uma escala de smiles gigante e colorida que lhes era dada e explicada assim que se sentavam na cadeira dentária (Figura 2). Existem 5 opções (*smiles*) de resposta por pergunta: *smile* 1, de cor azul, representa o sentimento de “nada ansioso”, tranquilo, calmo, sem medo; o *smile* 2, de cor verde, representa “muito pouco ansioso”, mas um pouco desconfiado; o *smile* 3, de cor de laranja, representa um sentimento de preocupação, desconfiança, “moderadamente ansioso”; o *smile* 4, de cor amarela, representa “muito ansioso”, medo; e o *smile* 5, de cor vermelha, representa o sentimento de “extremamente ansioso”, de muito medo,

de querer fugir ao tratamento, de pânico. As pontuações totais variam assim de 16 (pouca ou nenhuma ansiedade dentária) a 80 (ansiedade dentária extrema). Por último, existe a parte C que corresponde à avaliação geral da AD da criança sob a perspetiva da HO, também através da escolha de um dos 5 *smiles* e uma última pergunta que questionava se no final, “todos os tratamentos previstos foram realizados?”, com possível resposta “sim” ou “não”.

Após a aprovação do estudo pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) e pela direção do Agrupamento de Centro de Saúde do Médio Tejo, foram inquiridas 77 crianças, nascidas em 2014 (coorte dos 7 anos), de ambos os géneros, que compareceram à consulta de referenciação para a HO, na ESA, do CS de Abrantes. A amostra foi constituída pelas crianças que cumpriram os critérios de inclusão: crianças sem necessidade de saúde especiais; autorizadas pelos respetivos encarregados de educação através da assinatura e devolução do consentimento livre, voluntário e esclarecido construído para o efeito e cujas crianças aceitaram elas próprias participar no estudo. Não foram incluídas as crianças que recusaram participar ou cuja autorização não foi dada pelo encarregado de educação.

A recolha de dados foi feita pela HO/investigadora principal, durante a consulta. No próprio momento, a HO registava no guião as respostas das crianças. Posteriormente os dados foram todos inseridos numa base de dados e submetidos a análise estatística pelo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 27. Foi considerado um nível de significância de $p < 0,05$. Para cada criança foi calculada a pontuação total de AD em cada item da escala de avaliação ADHOC, cujos valores variam entre 16 e 80, com pontuações mais altas a indicarem altos níveis de AD.

Para calcular diferenças entre grupos foram utilizados os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Teste Kruskal-Wallis. O ρ de Spearman foi utilizado para avaliar a intensidade da relação entre diversas variáveis.

Resultados

Um total de 77 crianças participaram no estudo.

Os resultados do nosso estudo demonstraram que a média dos valores totais de AD por criança foi de $25,44 \pm 7,61$ e que a moda foi o valor de 16, a pontuação mínima que poderia ser obtida (**Tabela 1**).

Analisando as respostas das crianças à escala de avaliação ADHOc, expostas através da **tabela 2**, verifica-se que a grande maioria se sentiu “nada ansioso” perante todos os procedimentos dentários e momentos da consulta de HO, à exceção do item 3, “veres os instrumentos no tabuleiro”, que a maioria se sentiu “muito pouco ansioso”. Alguns itens, nomeadamente “os instrumentos no tabuleiro” (item 3), “o sabor da pasta dos dentes” (item 9) e os “barulhos” (item 10), provocaram extrema ansiedade em algumas crianças, no entanto, a percentagem mais alta foi em 7,8% das crianças, que corresponde apenas a 6 delas.

Também na **tabela 2** podemos verificar que a média da pontuação da escala foi de $25,42 \pm 14,25$. O item que teve a média de respostas com valor mais alto foi o “ver os instrumentos no tabuleiro”. Todos os outros itens tiveram uma média de pontuação a variar entre 1,06 e 1,83.

Pela perspetiva da HO, 32,5% das crianças foram consideradas “nada ansiosas”, 49,4% de “muito pouco ansiosas”, 13% de “moderadamente ansiosas” e 5,2% foram consideradas de crianças “muito ansiosas”. A HO não considerou nenhuma criança de “extremamente ansiosa” (**Tabela 3**).

No final das consultas, todas as crianças realizaram todos os tratamentos previstos e de realçar que 94,8% se sentiram nada ansiosas quando terminaram a consulta (item 16 da escala) (**Tabela 2**).

A **tabela 4** mostra-nos a distribuição da amostra segundo as características demográficas consideradas no estudo. Analisando a existência de diferenças entre os vários grupos com as pontuações totais de AD por criança, verificámos que o género ($p=0,16$), a etnia ($p=0,77$), a zona de habitação ($p=0,21$), o tipo de família ($p=0,37$) e a existência ou não de irmãos ($p=0,54$) não tiveram influência na variação da AD (valores de $p>0,05$ em todos os grupos).

Em relação ao fator parental, verificámos que este é significativo ($p=0,03$) nos valores de AD nas crianças, no entanto, a força da relação mostrou-se negativa e fraca com valor de $\rho=-0,24$. Quando explorado o tipo de familiar com mais influencia, as diferenças entre os grupos mostraram-se não significativas ($p=0,09$) (**Tabela 5**).

Na **tabela 5** também podemos verificar que outro fator que mostrou diferenças significativas entre os grupos ($p < 0,001$) foi o ficar nervoso num gabinete dentário, cuja força de associação com os níveis de AD se mostrou negativa moderada ($\rho = -0,41$). A experiência dentária anterior e o entrar acompanhado ou sozinho na consulta não mostrou diferenças entre os grupos, pois os valores de p foram de 0,66 e 0,07, respectivamente.

Explorando os resultados da avaliação cognitiva da criança (**Tabela 6**), verificamos que existe uma associação significativa entre os valores de AD nas crianças com a vergonha sentida ($p = 0,01$), com o sentimento de gostar ou não do aspeto dos dentes ($p = 0,02$) e o medo de perder o controlo na consulta ($p = 0,02$). Através da análise estatística do ρ de Spearman, relativamente à força da correlação existente verificámos que apenas o fator gostar do aspeto dos dentes exerce uma força positiva ($p = 0,27$). A vergonha ($\rho = -0,30$) e o medo ($\rho = -0,28$) mostraram-se como forças negativas relativamente à AD nas crianças. Contudo, pelos valores a força da correlação de todos os fatores é considerada fraca.

Relativamente à pergunta exploratória: “alguma coisa te pôs mais nervoso na consulta?”, a maior parte das crianças referiu “nada” (54,5%) e 19,5% referiram que foi a colocação dos selantes, quer pelo aspeto das seringas de colocação ou pelo sabor que sentiam na altura. Algumas crianças referiram que o que as colocava nervosas era o aspirador de saliva (5,2%), a luz do candeeiro (3,9%) e outras situações, casos isolados (**Figura 3**).

A colocação dos selantes também foi o procedimento que as crianças gostaram mais na consulta, com 20,8% de menções (**Figura 4**) e quanto ao que gostaram menos, a maior parte respondeu que nada, com 39% das menções (**Figura 5**).

Discussão

Este estudo explorou a AD das crianças numa consulta de referenciação em HO e alguns fatores de risco.

Para a medição da AD nas crianças foi utilizada a escala ADHOc, construída para o efeito que se mostrou confiável e válida e que, quando aplicada numa primeira consulta mostrou-se ser uma boa ferramenta de prevenção e gestão da AD⁽²⁰⁾.

A escala ADHOc foi aplicada a 77 crianças de 7/8 anos, segundo o seu protocolo de atuação, durante a consulta de HO, avaliando assim os sentimentos de ansiedade das crianças relativamente aos vários momentos da referida consulta e procedimentos dentários. A maioria das crianças mostrou-se livre de AD perante todos os itens da escala e, cada criança teve em média uma pontuação de $25,44 \pm 7,61$, numa pontuação oscilante entre 16 e 80. Uma vez que este é o primeiro estudo de investigação a utilizar a escala ADHOc não há como comparar os valores obtidos com outros estudos. No entanto, existem vários estudos em que a escala utilizada é a Dental Subscale of the Children's Fear Survey Schedule (CFSS-DS)⁽²¹⁾, cujo número de itens avaliados é 15 e a escala de *smiles* e pontuação é semelhante à escala ADHOc. Assim, se tivéssemos de fazer uma comparação, diríamos que o presente estudo teve um valor médio de AD inferior ao encontrado num estudo na Bulgária (CFSS-DS, média de $30,28 \pm 1,17$) em crianças de 6-12 anos⁽²²⁾; na China em crianças de 9-13 anos (CFSS-DS, média de $29,1 \pm 11,0$)⁽²³⁾; no Brasil em crianças de 4-12 anos (CFSS-DS, média de $29,3 \pm 10,5$)⁽²⁴⁾; e na Grécia em crianças de 6-12 anos (27.1 ± 10.8)⁽²⁵⁾. Por outro lado, o valor encontrado neste estudo foi semelhante a um estudo realizado em Jeddah, Arábia Saudita (valor médio de CFSS-DS de 25.99 ± 9.3)⁽¹⁾ e superior ao resultado de um estudo realizado na China em crianças de 5-12 anos (valor médio de CFSS-DS de 24.8 ± 10.3)⁽²⁶⁾.

A ausência de AD da maioria das crianças perante os itens da consulta, por um lado, pode ser explicada pela idade das crianças na medida em que, crianças a partir de 7 anos tendem a apresentar uma maior facilidade de cooperação e adaptação a tratamentos dentários, comparativamente a crianças de idade inferior⁽²⁷⁾. Por outro lado, numa consulta de HO não existem tratamentos invasivos e segundo a literatura, uma das causas de maior AD nas crianças e de não cooperação é quando realizam tratamentos invasivos tais como extrações dentárias, injeções e uso de brocas⁽²⁸⁾.

Neste estudo, o tratamento que teve a pontuação média mais elevada, ou seja, o que causou mais AD, foi o “observar os instrumentos no tabuleiro”. No entanto, foi considerado como causador de extrema ansiedade por menos de 8% das crianças e não colocou em causa a consulta uma vez que todas as crianças terminaram as consultas com todos os tratamentos previstos executados com sucesso.

A consulta de referenciação de HO no SNS faz parte de um programa de saúde pública, o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO), da Direção Geral da Saúde (DGS), que prevê, para além de muitos outros objetivos, a abordagem pelos profissionais de saúde oral no âmbito da intervenção individual a cada criança ou jovem, dos 2 aos 18 anos⁽²⁹⁾. No concelho de Abrantes existe uma HO há mais de 14 anos que, com base nas orientações do programa, começa a observar as crianças no estabelecimento do ensino pré-escolar, pelo menos 2 vezes ao ano, aquando da aplicação dos vernizes de flúor. Ao mesmo tempo que existe uma exposição gradual a um procedimento dentário, método considerado por alguns autores como o mais eficaz para a redução de altos níveis de AD⁽³⁰⁾, as crianças familiarizam-se com a HO, com a bata branca, com sabores “estranhos”, com alguém a mexer-lhes na boca, com alguém a dar-lhes conselhos de higiene oral, de alimentação mais saudável. A HO entende assim que as crianças têm a sua primeira experiência dentária nesse contexto e que ao longo do tempo vai construindo uma relação forte, relação essa que pode ser benéfica para a redução dos níveis de AD⁽¹⁴⁾ nas crianças que depois comparecem à consulta de HO aos 7/8 anos. Esta poderá ser a uma das explicações para, neste estudo, não se terem encontrado diferenças significativas nos níveis de AD entre o grupo de crianças que já tinha ido a um gabinete assim e o que era a primeira vez. Evidentemente que esta é a perceção da investigadora principal, mas tende a crer que esta posição possa ser semelhante noutras regiões onde exista HOs em CS.

Ainda relativamente ao PNPSO e considerando os resultados do III Estudo Nacional de Prevalência das Doenças Orais salienta-se que as regiões de saúde de Portugal (continental) com melhores níveis de saúde oral aos 12 anos são as que dotaram os seus CS com HO⁽³¹⁾. Uma vez que o estado da saúde oral está intimamente ligado à AD⁽⁴⁾, seria importante investigar-se também, se nessas regiões a AD nas crianças é mais baixa do que em regiões onde não existe um HO nos CS.

Relativamente aos fatores que influenciam a AD nas crianças, vários são os estudos que os exploram. Mais recente, numa revisão de literatura, os autores concluíram que, tendo a AD uma etiologia multifatorial, que esta não pode ser compreendida por um só fator. Que para tratar criança e adolescentes, o profissional deve avaliar o paciente como um todo, em relação aos seus aspetos pessoais, sociais e ambientais, usando métodos bem estabelecidos para obter um melhor conhecimento individual⁽³²⁾. No presente estudo, embora consideradas correlações fracas, as variações da AD foram explicadas pela influência familiar e pelos fatores de personalidade da criança. Os resultados mostraram que, à exceção do “gostar do aspeto dos dentes” que se apresentou com uma correlação positiva, a vergonha, o medo de perder o controlo na consulta, o ficar nervoso num gabinete semelhante e a influência familiar exerceram uma correlação negativa, resultados contrários a outros estudos⁽¹⁰⁾. No entanto, pode ter-se dado o caso de vieses de resposta, em que as crianças escolheram os *smiles* que lhes pareciam mais favoráveis a um estado mais tranquilo.

Como limitação ao estudo, apontamos o fato de a amostra ser de conveniência, de número reduzido e do mesmo concelho de habitação. Contudo, temos em crer que este estudo exploratório seja o início de futuras e mais alargadas investigações sobre o assunto em Portugal.

Num estudo comparativo relativamente às atitudes de pacientes adultos perante um higienista oral e um dentista, chegou-se à conclusão de que os pacientes tinham uma atitude menos negativa em relação ao HO com a exceção de situações que podem dar origem a sentimentos de vergonha e culpa⁽³³⁾. Será que o mesmo acontece nas crianças e poderá ter isso impacto na AD das mesmas? Será que a ausência de AD encontrada neste estudo é generalizada a todas as regiões de Portugal ou só onde existe um HO alocado a um centro de saúde? Poderá a intervenção em saúde escolar pelos higienistas orais ter influência na diminuição na AD? Poderão ter os professores também alguma influência na variação da AD nas crianças, uma vez que o PNPSO tem grande parte da sua intervenção nas escolas? Para além da proposta de diversos estudos de investigação para resposta a estas questões, à semelhança dos estudos nacionais de prevalência das doenças orais realizados em Portugal⁽³¹⁾, sugere-se um similar relativo à prevalência da AD nas crianças.

Conclusões

Com base nos resultados do estudo, podemos afirmar que a maioria das crianças se mostrou livre de AD perante todos os itens e momentos da consulta de referenciação de HO. O item da consulta que causou mais AD foram os instrumentos no tabuleiro, no entanto todas as crianças concluíram todos os tratamentos e a consulta com sucesso.

A variação da AD nas crianças foi explicada pela influência familiar e fatores de personalidade da criança, nomeadamente a vergonha, o medo de perder o controlo, o nervosismo de estar num gabinete dentário e o gostar ou não do aspeto dos dentes. Os fatores demográficos, a experiência dentária anterior e o entrar sozinho ou acompanhado na consulta não se mostraram determinantes nos valores de AD.

Assim, iniciar a experiência dentária de uma criança com uma ida a uma consulta de HO pode ser um dos métodos eficazes na prevenção e gestão da AD.

Referência Bibliográficas

1. Alshoraim MA, El-Housseiny AA, Farsi NM, Felemban OM, Alamoudi NM, Alandejani AA. Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study. *BMC Oral Health* [Internet]. 2018 Dec 7;18(1):33. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-018-0496-4>
2. de Stefano R. Psychological Factors in Dental Patient Care: Odontophobia. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2019 Oct 8;55(10):678. Available from: <https://www.mdpi.com/1648-9144/55/10/678>
3. Sanikommu S, Lele GS, Raghunath RG, Alshuaibi AF, Aldarwish M, Almulhim AN. Prevalence of Dental Fear and Anxiety and Its Triggering Factors in the Dental Office among School-going Children in Al Ahsa. *Int J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2021 Jul 30;14(2):286–92. Available from: <https://www.ijcpd.com/doi/10.5005/jp-journals-10005-1925>
4. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2017 Jul 1;55:25–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28478271>
5. Tyagi R, Sharma A. Behavior Assessment of Children in Dental Settings: A Retrospective Study. *Int J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2011;4(1):35–9. Available from: <https://www.ijcpd.com/doi/10.5005/jp-journals-10005-1078>
6. Zhu M, Yu H, Xie B, Li H, He Q, Li H, et al. Experiential learning for children's dental anxiety: A cluster randomized trial. *BMC Oral Health*. 2020 Jul 31;20(1).
7. Al-Namankany A, de Souza M, Ashley P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br Dent J* [Internet]. 2012 Mar 9;212(5):219–22. Available from: <http://www.nature.com/articles/sj.bdj.2012.174>
8. Foster Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ₁₁₋₁₄). *J Dent Res* [Internet]. 2005 Jul 11;84(7):649–52. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/154405910508400713>
9. Luoto A, Lahti S, Nevanpera T, Tolvanen M, Locker D. Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2009 Mar;19(2):115–20. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2008.00943.x>
10. Kroniņa L, Rasčevska M, Care R. Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety. *Stomatologija* [Internet]. 2017;19(3):84–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29339671>

11. Panda S, Quadri MFA, Hadi IH, Jably RM, Hamzi AM, Jafer MA. Does Dental Fear in Children Predict Untreated Dental Caries? An Analytical Cross-Sectional Study. *Children* [Internet]. 2021 May 12;8(5):382. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9067/8/5/382>
12. Grisolia BM, dos Santos APP, Dhyppolito IM, Buchanan H, Hill K, Oliveira BH. Prevalence of dental anxiety in children and adolescents globally: A systematic review with meta-analyses. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2021 Mar 9;31(2):168–83. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12712>
13. Cardoso RM, Peixoto A, Simões A, Teles A, Osório E, Silva FR e. Competências Clínicas de Comunicação. Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, editors. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2012.
14. Apelian N, Vergnes JN, Hovey R, Bedos C. How can we provide person-centred dental care? *Br Dent J* [Internet]. 2017 Sep 22;223(6):419–24. Available from: <http://www.nature.com/articles/sj.bdj.2017.806>
15. Suprabha B, Choudhary S, Rao A, Shenoy R. Child dental fear and behavior: The role of environmental factors in a hospital cohort. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* [Internet]. 2011 [cited 2022 Sep 24];29(2):95. Available from: <http://www.jisppd.com/text.asp?2011/29/2/95/84679>
16. Al-Namankany A, Ashley P, Petrie A. The development of a dental anxiety scale with a cognitive component for children and adolescents. *Pediatr Dent* [Internet]. 2012 Nov;34(7):e219-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23265158>
17. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *Eur J Paediatr Dent* [Internet]. 2017 Jun;18(2):121–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28598183>
18. Nunes Lopes P, Ponciano E, Pereira A, Augusto Medeiros J, Kleinknecht RA. Psicometria da Ansiedade Dentária: Avaliação das Características Psicométricas de uma Versão Portuguesa do Dental Fear Survey. Vol. 45, *Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2004.
19. Gadbury-Amyot CC, Overman PR, Carter-Hanson C, Mayberry W. An investigation of dental hygiene treatment fear. *J Dent Hyg* [Internet]. 1996;70(3):115–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9161219>

20. Serra F, Albuquerque T, Araújo MR. Desenvolvimento de uma escala de ansiedade dentária para crianças atendidas numa consulta de higiene oral. Lisboa; 2022 Nov. (Manuscrito submetido para publicação; RPEMD-S-22-00103)
21. Scherer MW, Nakamura CY. A fear survey schedule for children (FSS-FC): A factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). *Behaviour Research and Therapy* [Internet]. 1968 May;6(2):173–82. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0005796768900041>
22. Shindova MP, Blecheva AB, Raycheva JG. Dental Fear of 6-12-year-old Children - Role of Parents, Gender and Age. *Folia Med (Plovdiv)* [Internet]. 2019 Sep 30;61(3):444–50. Available from: <https://foliamedica.bg/article/39353/>
23. Wu L, Gao X. Children’s dental fear and anxiety: exploring family related factors. *BMC Oral Health* [Internet]. 2018 Dec 4;18(1):100. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-018-0553-z>
24. Cademartori MG, Cara G, Pinto G dos S, Costa VPP. Validity of the Brazilian version of the Dental Subscale of Children’s Fear Survey Schedule. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2019 Nov 28;29(6):736–47. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12543>
25. Boka V, Arapostathis K, Karagiannis V, Kotsanos N, van Loveren C, Veerkamp J. Dental fear and caries in 6-12 year old children in Greece. Determination of dental fear cut-off points. *Eur J Paediatr Dent* [Internet]. 2017 Mar;18(1):45–50. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28494603>
26. Gao S, Lu J, Li P, Yu D, Zhao W. Prevalence and risk factors of children’s dental anxiety in China: a longitudinal study. *BMJ Open* [Internet]. 2021 Apr 16;11(4):e043647. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-043647>
27. Oliveira M de F, Moraes MVM de, Evaristo PCS. Avaliação da Ansiedade dos Pais e Crianças frente ao Tratamento Odontológico. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* [Internet]. 2012 Dec 29;12(4):483–9. Available from: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1321/895>
28. Al-Namankany A. Assessing dental anxiety in young girls in KSA. *J Taibah Univ Med Sci* [Internet]. 2018 Apr;13(2):123–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1658361217301713>
29. Azul A, Céu A do, Ferreira CS, Jordão M. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025 [Internet]. Lisboa; 2021 May. Available from: www.dgs.pt

30. Zhu M, Yu H, Xie B, Li H, He Q, Li H, et al. Experiential learning for children's dental anxiety: a cluster randomized trial. *BMC Oral Health* [Internet]. 2020 Dec 7;20(1):216. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01204-5>
31. Calado R, Ferreira CS, Nogueira P, Melo P. Caries prevalence and treatment needs in young people in Portugal: the third national study. *Community Dent Health* [Internet]. 2017 Jun 1;34(2):107–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28573842>
32. Shindova MP, Belcheva AB. Dental fear and anxiety in children: a review of the environmental factors. *Folia Med (Plovdiv)* [Internet]. 2021 Apr 30 [cited 2022 May 29];63(2):177–82. Available from: <https://foliamedica.bg/article/54763/>
33. Öhrn K, Hakeberg M, Abrahamsson K. Dental beliefs, patients' specific attitudes towards dentists and dental hygienists: a comparative study. *Int J Dent Hyg* [Internet]. 2008 Aug;6(3):205–13. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1601-5037.2008.00300.x>

Índice Figuras

Figura 1 - Escala de avaliação de Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças

Figura 2 - Escala de smiles utilizado para avaliar o grau de ansiedade dentária na criança

Figura 3 - Resposta das crianças (n=77) à pergunta "Alguma coisa te pôs mais nervoso na consulta?"

Figura 4 - Resposta das crianças (n=77) à pergunta "Do que gostaste mais na consulta?"

Figura 5 - Resposta das crianças (n=77) à pergunta "Do que gostaste menos na consulta?"

Tabelas

Um total de 77 crianças participaram no estudo.

Os resultados do nosso estudo demonstraram que a média dos valores totais de AD por criança foi de $25,44 \pm 7,61$ e que a moda foi o valor de 16, a pontuação mínima que poderia ser obtida (**Tabela 1**).

Tabela 1 Pontuações totais de ansiedade dentária por criança

Mínimo	Máximo	Moda	Média	Desvio Padrão
16	52	16	25,44	7,61

Analisando as respostas das crianças à escala de avaliação ADHOc, expostas através da **tabela 2**, verifica-se que a grande maioria se sentiu “nada ansioso” perante todos os procedimentos dentários e momentos da consulta de HO, à exceção do item 3, “veres os instrumentos no tabuleiro”, que a maioria se sentiu “muito pouco ansioso”. Alguns itens, nomeadamente “os instrumentos no tabuleiro” (item 3), “o sabor da pasta dos dentes” (item 9) e os “barulhos” (item 10), provocaram extrema ansiedade em algumas crianças, no entanto, a percentagem mais alta foi em 7,8% das crianças, que corresponde apenas a 6 delas.

Também na **tabela 2** podemos verificar que a média da pontuação da escala foi de $25,42 \pm 14,25$. O item que teve a média de respostas com valor mais alto foi o “ver os instrumentos no tabuleiro”. Todos os outros itens tiveram uma média de pontuação a variar entre 1,06 e 1,83.

Pela perspetiva da HO, 32,5% das crianças foram consideradas “nada ansiosas”, 49,4% de “muito pouco ansiosas”, 13% de “moderadamente ansiosas” e 5,2% foram consideradas de crianças “muito ansiosas”. A HO não considerou nenhuma criança de “extremamente ansiosa” (**Tabela 3**).

No final das consultas, todas as crianças realizaram todos os tratamentos previstos e de realçar que 94,8% se sentiram nada ansiosas quando terminaram a consulta (item 16 da escala) (**Tabela 2**).

Tabela 2 Ansiedade dentária das crianças na consulta de higiene oral

Itens escala ADHOc	Nada ansioso	Muito pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso	Média	Desvio Padrão
	<i>n</i> (%)						
Item 1	53 (68,8)	18 (23,4)	6 (7,8)	0 (0)	0 (0)	1,39	0,63
Item 2	37 (48,1)	32 (41,6)	8 (10,4)	0 (0)	0 (0)	1,62	0,67
Item 3	23 (29,9)	24 (31,2)	18 (23,4)	6 (7,8)	6 (7,8)	2,32	1,21
Item 4	46 (59,7)	16 (20,8)	7 (9,1)	5 (6,5)	3 (3,9)	1,74	1,12
Item 5	36 (46,8)	28 (36,4)	5 (6,5)	6 (7,8)	2 (2,6)	1,83	1,03
Item 6	44 (57,1)	21 (27,3)	6 (7,8)	3 (3,9)	3 (3,9)	1,70	1,04
Item 7	51 (66,2)	20 (26,0)	3 (3,9)	1 (1,3)	2 (2,6)	1,48	0,85
Item 8	54 (70,1)	12 (15,6)	5 (6,5)	6 (7,8)	0 (0)	1,52	0,93
Item 9	46 (59,7)	16 (20,8)	9 (11,7)	1 (1,3)	5 (6,5)	1,74	1,14
Item 10	38 (49,4)	26 (33,8)	7 (9,1)	1 (1,3)	5 (6,5)	1,82	1,10
Item 11	47 (61,0)	17 (22,1)	8 (10,4)	3 (3,9)	2 (2,6)	1,65	1,00
Item 12	55 (71,4)	20 (26,0)	0 (0)	1 (1,3)	1 (1,3)	1,35	0,68
Item 13	61 (79,2)	9 (11,7)	4 (5,2)	1 (1,3)	2 (2,6)	1,36	0,86
Item 14	69 (89,6)	6 (7,8)	0 (0)	2 (2,6)	0 (0)	1,16	0,54
Item 15	53 (68,8)	9 (11,7)	7 (9,1)	4 (5,2)	4 (5,2)	1,66	1,17
Item 16	73 (94,8)	3 (3,9)	1 (1,3)	0 (0)	0 (0)	1,06	0,30
	TOTAL					25,42	14,25

Tabela 3 Classificação das crianças sob a perspectiva da Higienista Oral

	Nada ansioso	Muito pouco ansioso	Moderadamente ansioso	Muito ansioso	Extremamente ansioso
	<i>n (%)</i>				
Perspetiva da HO	25 (32,5)	38 (49,4)	10 (13,0)	4 (5,2)	0 (0)

A **tabela 4** mostra-nos a distribuição da amostra segundo as características demográficas consideradas no estudo. Analisando a existência de diferenças entre os vários grupos com as pontuações totais de AD por criança, verificámos que o género ($p=0,16$), a etnia ($p=0,77$), a zona de habitação ($p=0,21$), o tipo de família ($p=0,37$) e a existência ou não de irmãos ($p=0,54$) não tiveram influência na variação da AD (valores de $p>0,05$ em todos os grupos).

Tabela 4 Caracterização demográfica da amostra e diferenças entre grupos quando comparados com as pontuações totais de AD por criança

	Total (n=77) n (%)	Diferenças entre grupos (valor de <i>p</i> do teste)
Género		0,16 ^U
Masculino	34 (44,2)	
Feminino	43 (55,8)	
Etnia		0,77 ^U
Caucasiana	76 (98,7)	
Outra	1 (1,3)	
Zona de Habitação		0,21 ^U
Urbano	41 (53,2)	
Rural	36 (46,8)	
Tipo de Família		0,37 ^H
Nuclear	62 (80,5)	
Monoparental	7 (9,1)	
Reconstituída	6 (7,8)	
Extensa	2 (2,6)	

Existência de irmãos		0,54 ^U
Sim	59 (76,6)	
Mais velhos	30 (50,8)	
Mais novos	22 (37,3)	
Ambos	7 (11,9)	
Não	18 (23,4)	

^UTeste de Mann-Whitney e ^HTeste Kruskal-Wallis quando comparados os diferentes grupos com as pontuações totais de AD por criança; *nível de significância de $p < 0,05$

Em relação ao fator parental, verificámos que este é significativo ($p=0,03$) nos valores de AD nas crianças, no entanto, a força da relação mostrou-se negativa e fraca com valor de $\rho=-0,24$. Quando explorado o tipo de familiar com mais influencia, as diferenças entre os grupos mostraram-se não significativas ($p=0,09$) (**Tabela 5**).

Na **tabela 5** também podemos verificar que outro fator que mostrou diferenças significativas entre os grupos ($p < 0,001$) foi o ficar nervoso num gabinete dentário, cuja força de associação com os níveis de AD se mostrou negativa moderada ($\rho=-0,41$). A experiência dentária anterior e o entrar acompanhado ou sozinho na consulta não mostrou diferenças entre os grupos, pois os valores de p foram de 0,66 e 0,07, respetivamente.

Explorando os resultados da avaliação cognitiva da criança (**Tabela 6**), verificamos que existe uma associação significativa entre os valores de AD nas crianças com a vergonha sentida ($p=0,01$), com o sentimento de gostar ou não do aspeto dos dentes ($p=0,02$) e o medo de perder o controlo na consulta ($p=0,02$). Através da análise estatística do ρ de Spearman, relativamente à força da correlação existente verificámos que apenas o fator gostar do aspeto dos dentes exerce uma força positiva ($\rho=0,27$). A vergonha ($\rho=-0,30$) e o medo ($\rho=-0,28$) mostraram-se como forças negativas relativamente à AD nas crianças. Contudo, pelos valores a força da correlação de todos os fatores é considerada fraca.

Tabela 5 Caracterização da amostra quanto à existência de algum membro familiar com AD, à experiência dentária, ao acompanhamento à consulta e a significância estatística entre grupos quando comparados com a pontuação total de AD por criança

	<i>Total (n=77)</i>	Diferenças entre grupos
	<i>n (%)</i>	(valor de <i>p</i> do teste)
“Na tua casa alguém tem medo de ir ao dentista?”		0,03 ^{U*}
Sim	21 (27,3)	
Não	56 (72,7)	
“Quem tem medo de ir ao dentista?”		0,09 ^H
Própria criança	11 (52,4)	
Mãe	2 (9,5)	
Pai	4 (19,0)	
Irmão/irmã	4 (19,0)	
“Tu já foste algum dia a uma consulta num gabinete assim?”		0,66 ^U
Sim	47 (61,0)	
“Lembras-te o que foste fazer?”		
Observação/vigilância	21 (44,7)	
Extrair dentes	6 (12,8)	
Restaurar dentes	12 (25,5)	
Colocar aparelho	1 (2,1)	
“Levar uma vacina”	1 (2,1)	

	Não se lembra/não sabe	6 (12,8)	
Não		30 (39,0)	
“As consultas num gabinete assim deixam-te nervoso?”			<0,001*
Sim		30 (39,0)	
“Porquê?”			0,69 ^H
	Medo/ansiedade dentária	9 (30,0)	
	Desconhecido/1 ^a x/experiência nova	11 (36,7)	
	Vergonha	1 (3,3)	
	Experiência de dor na última consulta	2 (6,7)	
	“Não gosto da água do dentista”	1 (3,3)	
	“Não gosto de ficar muito tempo de boca aberta”	2 (6,7)	
	“Pensamentos estranhos/errados”	1 (3,3)	
	“Estranho e bonito”	1 (3,3)	
	“Vê na televisão os dentistas com a broca”	2 (6,7)	
Não		47 (61,0)	
Foi acompanhado à consulta com:			0,07 ^U
	Entrou sozinho/a na consulta	61 (79,2)	
	Mãe/Pai/Outro	16 (20,8)	

^UTeste de Mann-Whitney e ^HTeste Kruskal-Wallis quando comparados os diferentes grupos com as pontuações totais de AD por criança; *nível de significância de $p < 0,05$

Tabela 6 Avaliação cognitiva das crianças e significância estatística entre grupos comparados com as pontuações totais de AD por criança

Avaliação Cognitiva	%	Diferenças entre grupos (valor de p do teste)
“Tens vergonha de vir a uma consulta destas?”		0,01 ^{U*}
Sim	15,6	
Não	84,4	
“Gostas do aspeto dos teus dentes?”		0,02 ^{U*}
Sim	88,3	
Não	11,7	
“Tens medo de perder o controlo na consulta?”		0,02 ^{U*}
Sim	35,1	
Não	64,9	

^UTeste de Mann-Whitney quando comparados os diferentes grupos com as pontuações totais de AD por criança; *nível de significância de $p < 0,05$

Figuras

Escala de Avaliação de Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças (ADHOc)

Data: ___/___/___	Gênero: 1. Feminino 2. Masculino	Idade: _____
Etia _____	Veio acompanhado à consulta, por? _____	

(A/o HO vai à sala de espera, fardada, perguntar à criança se a pode acompanhar até ao gabinete dentário. Ao entrar no gabinete, pede à criança para se sentar numa cadeira “normal”).






A – Avaliação cognitiva⁽¹⁾

A_1 – Tens vergonha de vir a uma consulta destas? 1. Sim 2. Não

A_2 – Gostas do aspeto dos teus dentes? 1. Sim 2. Não

A_3 – Tens medo de perder o controlo na consulta? 1. Sim 2. Não






Agora convido-te a sentares-te na cadeira dentária para realizarmos a consulta e, enquanto estiveres aí sentado, peço-te que me digas se te sentes tranquilo/calmo/feliz ou se te sentes assustado/ansioso/com medo com o que vamos fazer através da escolha do *smile* que achas que mostra melhor o que estás a sentir. Pode ser?

B – Questionário autoavaliação ansiedade dentária	1	2	3	4	5
Como te sentiste/sentes em relação a:					
1 – Estar sentado na sala de espera?					
2 - Quando te chamei para entrares no gabinete dentário?					
3 – Veres os instrumentos de observação no tabuleiro?					
4 – Estar deitado na cadeira dentária?					
5 – Teres uma luz apontada para a tua boca?					
6 – Teres um aspirador de saliva na tua boca?					
7 – Teres alguém a ver os teus dentinhos com um espelho dentro da tua boca?					
8 – Escovar-te os dentes com uma escova elétrica “agarrada” à cadeira?					
9 – Sentires o sabor da pasta dos dentes (de polimento)?					
10 – Aos barulhos que tens estado a ouvir aqui no gabinete?					
11 – (depois da demonstração de como se aplica um selante) Ires colocar selantes nos teus dentes?					
12 – Teres uma luz azul dentro da tua boca?					
13 – (depois de colocar o 1º selante) Depois de teres colocado o teu primeiro selante?					
14 – (depois de colocar todos os selantes previstos) Agora que colocámos X (nº) de selantes?					
15 – Fazeres o bochecho de flúor?					
16 – Teres terminado a consulta?					

Legenda: 1 - Nada ansioso; 2 - Muito pouco ansioso; 3 - Moderadamente ansioso; 4 - Muito ansioso; 5 - Extremamente ansioso

C – Perceção do Higienista Oral

C_1 – Como avalia a ansiedade dentária geral da criança ao longo da consulta?⁽¹⁾

1	2	3	4	5
				

C_2 – Todos os tratamentos previstos foram realizados? 1. Sim 2. Não

⁽¹⁾ Adaptada do ACDAS, de Dr. Abeer Al-Namankany, 2011

Figura 1 Escala de Avaliação de Ansiedade Dentária em Higiene Oral nas Crianças (ADHOc)

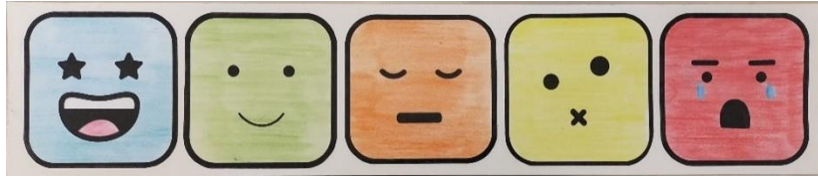


Figure 2 Escala de smiles utilizado para avaliar o grau de ansiedade dentária na criança



Figura 3 - Resposta das crianças (n=77) à pergunta "Alguma coisa te pôs mais nervoso na consulta?"

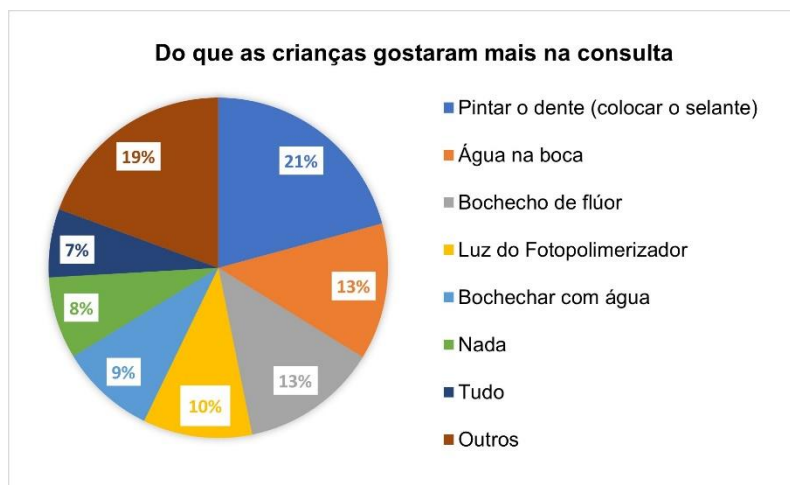


Figura 4 - Resposta das crianças (n=77) à pergunta "Do que gostaste mais na consulta?"

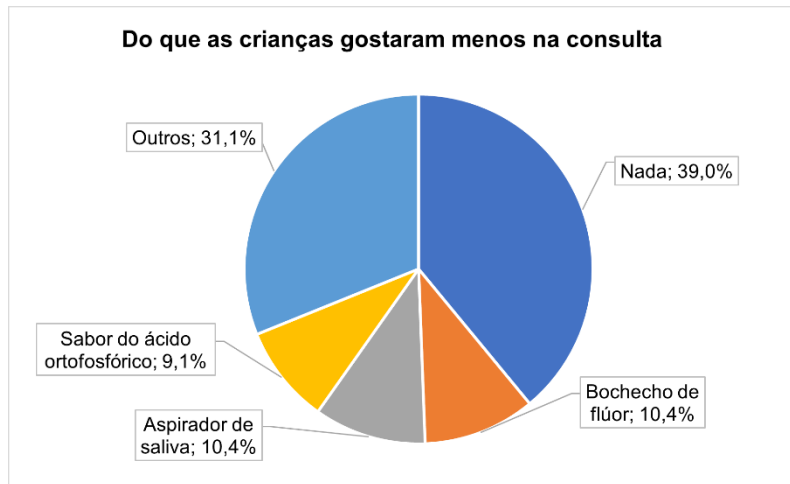


Figura 5 - Resposta das crianças (n=77) à pergunta "Do que gostaste menos na consulta?"

DISCUSSÃO E REFLEXÕES FINAIS

As conclusões finais deste trabalho podem ser divididas em duas partes, tal como os dois manuscritos científicos que dele resultaram.

A primeira parte refere-se à construção e validação da escala ADHOc, uma escala de avaliação de AD para crianças adaptada a uma consulta de HO, que se mostrou ser um instrumento de medição confiável e válido e quando aplicado numa primeira consulta, revelou-se uma boa ferramenta de prevenção e gestão de AD em crianças. Assim, para além das já 14 escalas de autoavaliação de AD para crianças conhecidas, passa a estar disponível uma, que permite aos investigadores, quer eles sejam higienistas orais ou médicos dentistas, estudar a AD das crianças numa consulta de higiene oral ou de medicina dentária preventiva de cárie dentária. Adicionalmente aos resultados positivos nas crianças a escala parece contribuir também para o aperfeiçoamento da prática clínica dos profissionais de saúde, nomeadamente no que respeita a competências relacionais e desenvolvimento de consultas cada vez mais centradas nos pacientes. Neste estudo, a aplicação consistente durante várias semanas da escala ADHOc pela investigadora, permitiu-lhe a melhoria do foco, da atenção, da empatia, da autoconsciência, aceitação, sabedoria, autocuidado e conexão com a criança durante a consulta dentária.

A segunda parte diz respeito à avaliação da AD das crianças de 7/8 anos numa consulta de referenciação para o higienista oral. Com a aplicação da escala ADHOc e pela análise dos resultados conclui-se que a maioria das crianças se mostram livres de AD perante os procedimentos e momentos de uma consulta de HO. Além disso, o estudo mostrou que a AD nas crianças está associada à sua personalidade e influência familiar.

Este estudo foi pioneiro, não só pela construção da escala ADHOc mas também pela avaliação da AD em crianças numa consulta de HO em Portugal. Constatou-se pelos seus resultados que, iniciar a experiência dentária de uma criança com uma ida a uma consulta de HO pode ser um dos métodos eficazes na prevenção e gestão da AD e esta pode ser a alteração do paradigma que a sociedade necessita para alterar o que durante muitos anos tem contribuído para o afastamento das pessoas às consultas de saúde oral. A investigação científica sobre a AD nas crianças tem mostrado que existe uma correlação positiva entre AD e má saúde oral e tem mostrado também o grande impacto negativo que estas duas condições podem produzir no bem-estar físico e emocional e na qualidade de vida das crianças e futuramente na sua vida adulta. Assim, cremos que consultas iniciais de avaliação da saúde oral em que ao mesmo tempo se faz uma avaliação da AD através de uma escala apropriada, devem de ser realizadas não só quando

existe suspeita de algum problema, mas sim para a identificação de possíveis medos e fobias, por forma a que a gestão e manutenção da situação seja a mais breve e eficaz possível, reduzindo assim o impacto negativo que possam provocar.

Este estudo também reforça a importância da profissão Higienista Oral, do quanto ela é necessária e primordial no SNS e da relevância da consulta de referência para o Higienista Oral do SNS, no que respeita ao tema estudado. Para além do grande objetivo do PNPSO, a “promoção da saúde oral da população ao longo da vida”, que acaba por ser o grande objetivo de cada Higienista Oral de um CS relativamente à sua área de atuação, o Higienista Oral tem também um papel preponderante na gestão e manutenção da AD da população. A sua intervenção nas crianças desde o ensino pré-escolar até ao terceiro ciclo, mesmo em ambiente escolar, permite a identificação, por vezes até precoce, de crianças com AD e da sua referência atempadamente para o método mais apropriado de manutenção e gestão da situação. No entanto, uma maior consciencialização sobre a relevância deste tema é necessário e temos em crer que este estudo e os manuscritos que dele resultaram possam ser um primeiro passo para tal.

A par de toda a investigação do tema em outros países, sobressai a necessidade de em Portugal se realizarem estudos mais alargados a mais regiões de Portugal e abrangendo mais idades, para além de todas as sugestões já mencionadas nos manuscritos submetidos para publicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. de Stefano R. Psychological Factors in Dental Patient Care: Odontophobia. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2019 Out 8;55(10):678. Available from: <https://www.mdpi.com/1648-9144/55/10/678>
2. Kamel AshrafMF, Al-Harbi A, Al-Otaibi F, Al-Qahtani F, Al-Garni A. Dental anxiety at Riyadh Elm University Clinics. *Saudi Journal of Oral Sciences* [Internet]. 2019;6(2):101. Available from: <http://www.saudijos.org/text.asp?2019/6/2/101/264763>
3. Seligman LD, Hovey JD, Chacon K, Ollendick TH. Dental anxiety: An understudied problem in youth. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2017 Jul 1;55:25–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28478271>
4. Psychiatric Association A. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 - 5ª Edição. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA LTDA.; 2014.
5. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a review. *Aust Dent J* [Internet]. 2013 Dez;58(4):390–407; quiz 531. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24320894>
6. Luoto A, Lahti S, Nevanpera T, Tolvanen M, Locker D. Oral-health-related quality of life among children with and without dental fear. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2009 Mar;19(2):115–20. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2008.00943.x>
7. Foster Page LA, Thomson WM, Jokovic A, Locker D. Validation of the Child Perceptions Questionnaire (CPQ₁₁₋₁₄). *J Dent Res* [Internet]. 2005 Jul 11;84(7):649–52. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/154405910508400713>
8. Grisolia BM, dos Santos APP, Dhyppolito IM, Buchanan H, Hill K, Oliveira BH. Prevalence of dental anxiety in children and adolescents globally: A systematic review with meta-analyses. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2021 Mar 9;31(2):168–83. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ipd.12712>
9. Cianetti S, Lombardo G, Lupatelli E, Pagano S, Abraha I, Montedori A, et al. Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *Eur J Paediatr Dent* [Internet]. 2017 Jun;18(2):121–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28598183>
10. Al-Namankany A, Ashley P, Petrie A. The development of a dental anxiety scale with a cognitive component for children and adolescents. *Pediatr Dent* [Internet]. 2012 Nov;34(7):e219-24. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23265158>

11. Nunes Lopes P, Ponciano E, Pereira A, Augusto Medeiros J, Kleinknecht RA. Psicometria da Ansiedade Dentária: Avaliação das Características Psicométricas de uma Versão Portuguesa do Dental Fear Survey. Vol. 45, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2004.
12. Azul A, Céu A do, Ferreira CS, Jordão M. Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025 [Internet]. Lisboa; 2021 Mai. Available from: www.dgs.pt
13. Barasoul JC, Busato CA, Filipak PK, Menezes J. Abordagem de pacientes com ansiedade frente ao tratamento odontológico no ambiente clínico. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2015;69(4):350–4.
14. Leal PC, Goes TC, da Silva LCF, Teixeira-Silva F. Trait vs. state anxiety in different threatening situations. Trends Psychiatry Psychother. 2017;39(3):147–57.
15. Lopes PN. Ansiedade dentária em estudantes universitários: análise factorial confirmatória do Dental Fear Survey e do Modified Dental Anxiety Scale.
16. Cardoso RM, Peixoto A, Simões A, Teles A, Osório E, Silva FR e. Competências Clínicas de Comunicação. Unidade de Psicologia Médica, Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, editores. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; 2012.
17. Pop-Jordanova N. Different Clinical Expression of Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Assessment and Treatment. Prilozi. 2019 Mai 1;40(1):5–40.
18. Slabšinskienė E, Kavaliauskienė A, Žemaitienė M, Vasiliauskienė I, Zaborskis A. Dental fear and associated factors among children and adolescents: A school-based study in Lithuania. Int J Environ Res Public Health. 2021 Ago 2;18(16).
19. Alshoraim MA, El-Housseiny AA, Farsi NM, Felemban OM, Alamoudi NM, Alandejani AA. Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study. BMC Oral Health [Internet]. 2018 Dez 7;18(1):33. Available from: <https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-018-0496-4>
20. Berggren U, Meynert G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. J Am Dent Assoc. 1984 Ago;109(2):247–51.
21. Zhu M, Yu H, Xie B, Li H, He Q, Li H, et al. Experiential learning for children’s dental anxiety: a cluster randomized trial. BMC Oral Health [Internet]. 2020 Dez 7;20(1):216. Available from: [https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01204-](https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01204-5)

22. Tyagi R, Sharma A. Behavior Assessment of Children in Dental Settings: A Retrospective Study. *Int J Clin Pediatr Dent* [Internet]. 2011;4(1):35–9. Available from: <https://www.ijcpd.com/doi/10.5005/jp-journals-10005-1078>
23. Al-Namankany A, de Souza M, Ashley P. Evidence-based dentistry: analysis of dental anxiety scales for children. *Br Dent J* [Internet]. 2012 Mar 9;212(5):219–22. Available from: <http://www.nature.com/articles/sj.bdj.2012.174>
24. Vlad R, Pop AM, Olah P, Monea M. The Evaluation of Dental Anxiety in Primary School Children: A Cross-Sectional Study from Romania. *Children* [Internet]. 2020 Oct 2;7(10):158. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9067/7/10/158>
25. Vlad R, Stoica OE, Stoica AM, Monea M. Assessment of dental anxiety and the prevalence of dental caries in a group of 6-9 years old children. *Acta Stomatologica Marisiensis Journal* [Internet]. 2020 Dez 1;3(2):18–23. Available from: <https://www.sciendo.com/article/10.2478/asmj-2020-0010>
26. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: Exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health*. 2007;7.
27. Cunha Soares F, Salvador Marques de Lima D, Azoubel Barreto K, Colares V. Factors associated with dental anxiety in children: a literature review. *Psicologia, Saúde & Doença* [Internet]. 2015 Nov 30;16(3):373–85. Available from: http://sp-ps.pt/downloads/download_jornal/405
28. Shindova MP, Blecheva AB, Raycheva JG. Dental Fear of 6-12-year-old Children - Role of Parents, Gender and Age. *Folia Med (Plovdiv)* [Internet]. 2019 Set 30;61(3):444–50. Available from: <https://foliamedica.bg/article/39353/>
29. Suprabha B, Choudhary S, Rao A, Shenoy R. Child dental fear and behavior: The role of environmental factors in a hospital cohort. *Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry* [Internet]. 2011 [citado 2022 Set 24];29(2):95. Available from: <http://www.jisppd.com/text.asp?2011/29/2/95/84679>
30. Dahlander A, Soares F, Grindefjord M, Dahllöf G. Factors Associated with Dental Fear and Anxiety in Children Aged 7 to 9 Years. *Dent J (Basel)*. 2019 Jul 1;7(3).
31. Panda S, Quadri MFA, Hadi IH, Jably RM, Hamzi AM, Jafer MA. Does Dental Fear in Children Predict Untreated Dental Caries? An Analytical Cross-Sectional Study. *Children* [Internet]. 2021 Mai 12;8(5):382. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9067/8/5/382>
32. Kroniņa L, Rasčevska M, Care R. Psychosocial factors correlated with children's dental anxiety. *Stomatologija* [Internet]. 2017;19(3):84–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29339671>

33. Martins N, Dias M do R. Contágio emocional de ansiedade encarregado de educação/criança em odontopediatria. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial* [Internet]. 2016 Jul 1;57(3):164–70. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1646289016000078>
34. Oliveira M de F, Moraes MVM de, Evaristo PCS. Avaliação da Ansiedade dos Pais e Crianças frente ao Tratamento Odontológico. *Pesqui Bras Odontopediatria Clin Integr* [Internet]. 2012 Dez 29;12(4):483–9. Available from: <http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1321/895>
35. Arnrup K, Broberg AG, Berggren U, Bodin L. Temperamental reactivity and negative emotionality in uncooperative children referred to specialized paediatric dentistry compared to children in ordinary dental care. *Int J Paediatr Dent*. 2007 Nov;17(6):419–29.
36. Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. *Int J Paediatr Dent* [Internet]. 2007 Nov;17(6):449–59. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-263X.2007.00883.x>
37. de Jongh A, Fransen J, Oosterink-Wubbe F, Aartman I. Psychological trauma exposure and trauma symptoms among individuals with high and low levels of dental anxiety. *Eur J Oral Sci*. 2006 Ago;114(4):286–92.
38. Shindova MP, Belcheva AB. Dental fear and anxiety in children: a review of the environmental factors. *Folia Med (Plovdiv)* [Internet]. 2021 Abr 30 [citado 2022 Mai 29];63(2):177–82. Available from: <https://foliamedica.bg/article/54763/>
39. Rados L. «Características Clínicas da Ansiedade Infantil frente a Situação Odontológica». Chile; 1989.
40. Al-Namankany A. Assessing dental anxiety in young girls in KSA. *J Taibah Univ Med Sci* [Internet]. 2018 Abr;13(2):123–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1658361217301713>
41. Apelian N, Vergnes JN, Hovey R, Bedos C. How can we provide person-centred dental care? *Br Dent J* [Internet]. 2017 Set 22;223(6):419–24. Available from: <http://www.nature.com/articles/sj.bdj.2017.806>
42. Mills I, Frost J, Kay E, Moles DR. Person-centred care in dentistry - the patients' perspective. *Br Dent J* [Internet]. 2015 Abr 10;218(7):407–13. Available from: <http://www.nature.com/articles/sj.bdj.2015.248>
43. Kida Minja I, Kokulengya Kahabuka F. Dental Anxiety and Its Consequences to Oral Health Care Attendance and Delivery. Em: *Anxiety Disorders - From Childhood to Adulthood*

[Internet]. IntechOpen; 2019 [citado 2022 Set 17]. Available from: <https://www.intechopen.com/chapters/64804>

44. Beaudette JR, Fritz PC, Sullivan PJ, Ward WE. Oral Health, Nutritional Choices, and Dental Fear and Anxiety. *Dent J (Basel)* [Internet]. 2017 Jan 21 [citado 2022 Set 19];5(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29563414/>
45. Klingberg G, Berggren U, Carlsson SG, Noren JG. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *Eur J Oral Sci.* 1995;103(6):405–12.
46. van Gemert-Schriks MCM, Bildt MM. [Dental treatment of fearful children: subjection, denial or -guidance?]. *Ned Tijdschr Tandheelkd.* 2017 Abr;124(4):215–21.
47. McGrath PA. Measurement issues in research on dental fears and anxiety. *Anesth Prog* [Internet]. 1986;33(1):43–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3458389>
48. Buchanan H. Development of a computerised dental anxiety scale for children: validation and reliability. *Br Dent J* [Internet]. 2005 Set 24;199(6):359–62. Available from: <http://www.nature.com/articles/4812694>
49. Shafi S, Alasmri A, Mustafa A, Shiban AlShahrani A, Alasmri H, Bijle MN. An assessment of dental anxiety in nonclinical setting among Saudi Arabian children using Abeer Children Dental Anxiety Scale. *Journal of Dental Research and Review.* 2015;2(4):172.

ANEXOS

Anexo 1 – Comprovativo de submissão do artigo “Desenvolvimento de uma escala de ansiedade dentária para crianças atendidas numa consulta de higiene oral”

A manuscript number has been assigned: RPEMD-D-22-00074

Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac/Revista da SPEMD

18 de novembro de 2022 às

<em@editorialmanager.com>

22:30

Responder a: Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac/Revista da SPEMD <revista@spemd.pt>

Para: Filipa Serra <ana-dias1@campus.ul.pt>

Ms. Ref. No.: RPEMD-D-22-00074

Title: Desenvolvimento de uma escala de ansiedade dentária para crianças atendidas numa consulta de higiene oral
Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

Dear HO Filipa Serra,

Your submission "Desenvolvimento de uma escala de ansiedade dentária para crianças atendidas numa consulta de higiene oral" has been assigned manuscript number RPEMD-D-22-00074.

To track the status of your paper, please do the following:

1. Go to this URL: <https://www.editorialmanager.com/rpemd/>
2. Enter your login details
3. Click [Author Login]
This takes you to the Author Main Menu.
4. Click [Submissions Being Processed]

Thank you for submitting your work to Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.

Kind regards,

Jorge NR Martins, DDS, MSc, PhD

Associate Editor plus Admin

Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: <https://www.editorialmanager.com/rpemd/login.asp?a=r>). Please contact the publication office if you have any questions.

Anexo 2 – Comprovativo de submissão do artigo “Ansiedade dentária em crianças de 7/8 anos: estudo exploratório em crianças atendidas numa consulta de referência para o higienista oral do Serviço Nacional de Saúde”

A manuscript number has been assigned: RPEMD-D-22-00077

Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac/Revista da SPEMD
<em@editorialmanager.com>

26 de novembro de 2022 às
10:16

Responder a: Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac/Revista da SPEMD <revista@spemd.pt>
Para: Filipa Serra <ana-dias1@campus.ul.pt>

Ms. Ref. No.: RPEMD-D-22-00077

Title: Ansiedade dentária em crianças de 7/8 anos: estudo exploratório em crianças atendidas numa consulta de referência para o higienista oral do Serviço Nacional de Saúde
Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

Dear HO Filipa Serra,

Your submission "Ansiedade dentária em crianças de 7/8 anos: estudo exploratório em crianças atendidas numa consulta de referência para o higienista oral do Serviço Nacional de Saúde" has been assigned manuscript number RPEMD-D-22-00077.

To track the status of your paper, please do the following:

1. Go to this URL: <https://www.editorialmanager.com/rpemd/>
2. Enter your login details
3. Click [Author Login]
This takes you to the Author Main Menu.
4. Click [Submissions Being Processed]

Thank you for submitting your work to Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.

Kind regards,

Jorge NR Martins, DDS, MSc, PhD
Associate Editor plus Admin
Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial

In compliance with data protection regulations, you may request that we remove your personal registration details at any time. (Use the following URL: <https://www.editorialmanager.com/rpemd/login.asp?a=r>). Please contact the publication office if you have any questions.

Anexo 3 – Consentimento informado, livre e esclarecido



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) seu educando(a), por estar referenciado(a) para a consulta com a higienista oral no Centro de Saúde de Alferrarede e ser nascido em 2014, encontra-se convidado a participar num estudo de investigação, no âmbito do Mestrado em Higiene Oral, intitulado **Ansiedade dentária em crianças de 7/8 anos: estudo exploratório em crianças atendidas na consulta de referência para o higienista oral do SNS**. Esta investigação tem como principal objetivo avaliar os níveis de ansiedade dentária das crianças relativamente aos procedimentos dentários realizados na consulta e será conduzida por Filipa Serra, aluna da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa e higienista oral do Agrupamento de Centros de Saúde do Médio Tejo, Saúde Pública de Abrantes, orientada pela Professora Doutora Teresa Albuquerque e Professor Doutor Mário Rui Araújo.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema em Portugal, sendo necessário, para tal, realizar 2 questionários em forma de entrevista ao seu(a) educando(a), onde pretendemos obter informação sobre o género, nº de irmãos e história de dor/experiência de cárie dentária e avaliar os seus níveis de ansiedade durante a consulta, não representando qualquer despesa ou risco para a criança.

Os resultados obtidos serão apresentados por escrito e publicados em revista científica, salvaguardando sempre a confidencialidade e anonimato dos participantes. Tendo em conta que a participação neste estudo é voluntária, todos os encarregados de educação (EE) têm a liberdade de recusar ou retirar o seu consentimento, a qualquer momento sem nenhum tipo de consequência, sendo realizada a devida consulta de higiene oral sem alterações. Aplica-se também na eventualidade da própria criança não querer participar.

Caso necessite de alguma informação adicional, esclarecer dúvidas ou alterar o seu consentimento, disponibilizamos o contato da investigadora principal: Filipa Serra, email: ana-dias1@campus.ul.pt e telefone 241 361 557.

Para que a criança possa participar no estudo, terá de assinar esta folha e enviá-la junto com o seu educando no dia da consulta de higiene oral no Centro de Saúde de Alferrarede.

A Investigadora: _____ / ____ / ____

Compreendo os procedimentos acima descritos e autorizo, não autorizo o meu(minha) educando(a): _____ participe no presente estudo.

Assinatura do EE _____ / ____ / ____

Anexo 4 - Guião de Entrevista



Nº Entrada	
Data:	
Sexo	1. Feminino 2. Masculino
Etnia	
Veio acompanhado à consulta?	

Guião de Entrevista

(Ir à sala de espera, fardada, buscar a criança.)

Bom dia(tarde)!

Chamo-me **Filipa**, sou a Higienista Oral e hoje estás aqui para vires a uma consulta comigo? Podemos ir? (Peço à criança para me acompanhar e ao entrar no gabinete, para se sentar numa cadeira “normal”)

Antes de te sentares ali na cadeira dentária gostava de te fazer umas perguntas sobre como te sentes, onde vives, se tens irmãos... Isto porque estou a fazer um estudo para a minha escola e assim, vou fazer-te algumas perguntas durante a consulta e no final da consulta. Pode ser? _____. Caso queiras parar de responder, estás à vontade para dizer que já não queres, sem qualquer problema. Está bem para ti? _____.

Caracterização da Criança

1 - Onde vives?	
2 - Vives com quem?	
3 – Tens irmãos?	1. Sim 2. Não
4 – (se sim na 3) São mais velhos ou mais novos?	
5 – Na tua casa alguém tem medo de ir ao dentista ou de ir tratar dos dentes?	1. Sim 2. Não
6 – (se sim na 5) Quem?	
7 - Tu já foste algum dia a uma consulta num gabinete assim?	1. Sim 2. Não
8 – (se respondeu sim na 6) Lembras-te o que foste fazer?	
9 – As consultas num gabinete assim deixam-te nervoso?	1. Sim 2. Não
A_10 – (se respondeu sim na 9) Porquê?	






Parte cognitiva, adaptada ACDAS (Dr. Abeer Al-Namankany, 2011)

1 – Tens vergonha de vir a uma consulta destas? 1. Sim 2. Não

2 – Gostas do aspeto dos teus dentes? 1. Sim 2. Não

3 – Tens medo de perder o controlo na consulta? 1. Sim 2. Não






Agora convido-te a sentares-te na cadeira dentária para iniciarmos a consulta e eu gostava que enquanto aí estivesses sentado me dissesse como te sentes relativamente ao que vamos fazer. Se te sentes relaxado/calmo/feliz ou se te sentes assustado/ansioso/com medo. Ou seja, ao longo da nossa consulta, vou fazer-te perguntas e tu na altura apontas para o *smile* que achas que mostra melhor o que estás a sentir. Ok?

<i>Questionário autoavaliação ansiedade dentária</i>	1	2	3	4	5
Como te sentiste/sentes em relação a:					
1 – Estar sentado na sala de espera?					
2 - Quando te chamei para entrares no gabinete dentário?					
3 – Veres os instrumentos de observação no tabuleiro?					
4 – Estar deitado na cadeira dentária?					
5 – Teres uma luz apontada para a tua boca?					
6 – Teres um aspirador de saliva na tua boca?					
7 – Teres alguém a ver os teus dentinhos com um espelho dentro da tua boca?					
8 – Escovar-te os dentes com uma escova elétrica “agarrada” à cadeira?					
9 – Sentires o sabor da pasta dos dentes (de polimento)?					
10 – Aos barulhos que tens estado a ouvir aqui no gabinete?					
11 – (depois da demonstração de como se aplica um selante) Ires colocar selantes nos teus dentes?					
12 – Teres uma luz azul dentro da tua boca?					
13 – (depois de colocar o 1º selante) Depois de teres colocado o teu primeiro selante?					
14 – (depois de colocar todos os selantes previstos) Agora que colocámos X (nº) de selantes?					
15 – Fazeres o bochecho de flúor?					
16 – Teres terminado a consulta?					

**Legenda: 1. Nada ansioso 2. Muito pouco ansioso 3. Moderadamente ansioso
4. Muito ansioso 5. Extremamente ansioso**

Percepção do Higienista Oral

1 – Como avalia a ansiedade dentária geral da criança ao longo da consulta?

1	2	3	4	5
				

2 – Todos os tratamentos previstos foram realizados? 1. Sim 2. Não

Avaliação da criança no final da consulta

1 – Alguma coisa te pôs mais nervoso na consulta?	
2 – Do que é que gostaste mais na consulta?	
3 – E do que gostaste menos?	

Anexo 5 - Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT



Exma. Senhora

Dr.ª Ana Filipa Dias

Ana.f.Dias@arslvt.min-saude.pt

C/C:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		1090/CES/2022	

Assunto: Ansiedade Dentária em crianças de 7/8 anos: estudo exploratório em crianças atendidas na consulta de referência para o higienista oral do SNS.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou na sua reunião da secção de investigação do dia 04.02.2022, o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável a este estudo.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido por aquela Comissão, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo
LUÍS PIÇCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

Av. Estados Unidos da América n.º75-77, 1749-096 Lisboa
Tel. +351 218 424 800 | Fax. +351 218 499 723
geral@arslvt.min-saude.pt | www.arslvt.min-saude.pt

