

UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA**  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
**CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ANSIEDADE DENTÁRIA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E  
QUALIDADE DE VIDA – ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

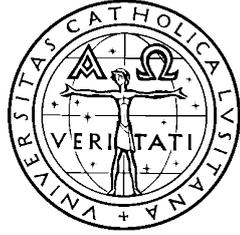
Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Ana Lúcia Moleiro Lopes

Viseu, 2013





UNIVERSIDADE  
**CATÓLICA**  
PORTUGUESA | INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ANSIEDADE DENTÁRIA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E  
QUALIDADE DE VIDA – ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa

Para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Por:

Ana Lúcia Moleiro Lopes

Sob a orientação da Professora Doutora Cláudia Patrícia de Campos  
Ribeiro

Viseu, 2013



**Pedra Filosofal**

*Eles não sabem que o sonho  
é uma constante da vida  
tão concreta e definida  
como outra coisa qualquer,  
como esta pedra cinzenta  
em que me sento e descanso,  
como este ribeiro manso,  
em serenos sobressaltos,  
como estes pinheiros altos,  
que em oiro se agitam,  
como estas aves que gritam  
em bebedeiras de azul.*

*Eles não sabem que o sonho  
é vinho, é espuma, é fermento,  
bichinho alacre e sedento,  
de focinho pontiagudo,  
que foça através de tudo  
num perpétuo movimento.*

*Eles não sabem que o sonho  
é tela, é cor, é pincel,  
base, fuste, capitel,  
arco em ogiva, vitral,  
pináculo de catedral,  
contraponto, sinfonia,  
máscara grega, magia,  
que é retorta de alquimista,  
mapa do mundo distante,  
rosa dos ventos, Infante,  
caravela quinhentista,  
que é cabo da Boa Esperança,  
ouro, canela, marfim,  
florete de espadachim,  
bastidor, passo de dança,  
Colombina e Arlequim,  
passarola voadora,  
para-raios, locomotiva,  
barco de proa festiva,  
alto-forno, geradora,  
cisão de átomo, radar,  
ultra-som, televisão,  
desembarque em foguetão  
na superfície lunar.  
Eles não sabem, nem sonham,  
que o sonho comanda a vida.  
Que sempre que o homem sonha  
o mundo pula e avança  
como bola colorida  
entre as mãos de uma criança.*

António Gedeão, in *Poesias Completas*



## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, agradeço a todas as pessoas relacionados direta e indiretamente com este trabalho.

A todos os pacientes da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu que participaram neste estudo e contribuíram para este trabalho.

A todos os meus colegas de curso que me ajudaram a distribuir os questionários pelos pacientes.

À minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Ribeiro por toda a ajuda ao longo deste trabalho, pela motivação e por me manter sempre no caminho certo.

Agradeço aos meus pais, irmã e avós por todo o apoio, carinho, em especial à minha mãe e à minha avó Jerónima pela paciência extra quando era necessário.

À professora Eduarda Mota por me ter ajudado com a Língua Portuguesa e em especial com o novo acordo ortográfico.

Agradeço em especial à minha amiga Tânia Santos por todo o apoio, e incentivo, carinho e ajuda para este trabalho.



## Resumo

A ansiedade dentária é um problema de Saúde Pública cada vez mais preocupante para a área de Medicina Dentária, pois nota-se que uma parte significativa dos pacientes falta constantemente às consultas devido a este problema.

O presente estudo epidemiológico transversal observacional analítico tem como objectivos: (1) avaliar a prevalência da ansiedade dentária e (2) mensurar a Qualidade de Vida nos utentes da Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional da Beiras (Viseu), identificando fatores etiológicos que possam contribuir para o aumento deste tipo de ansiedade.

Foi avaliada uma amostra constituída por 162 utentes, com idades compreendidas entre os 15 e os 85 anos de idade, de ambos os géneros, que recorreram à Clínica Universitária, nos meses de março, abril e maio de 2013. A ansiedade dentária foi avaliada através de duas escalas de medição específica de ansiedade e fobia dentária, ambas em versões portuguesas - a *Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)* e *Dental Fear Survey (DFS)* - e também uma escala de medição de saúde em geral, o questionário *Short Form 36 versão 2 (SF-36v2)*, aplicadas conjuntamente com os questionários Socioeconómico de *Graffard*. Verificou-se que os resultados obtidos pelo DFS diferem dos obtidos pelo MDAS. No primeiro 61,7% da amostra são ansiosos e de acordo com o MDAS apenas 13,6% são ansiosos, porém relativamente aos muito ansiosos e fobicos a percentagem é a mesma nas duas escalas (6,2%). Conclui-se que quanto melhor é a Qualidade de Vida geral, menor é a ansiedade e que os estímulos mais ansiogénicos são a visualização da agulha e a percepção da picada.

**Palavras Chave:** Ansiedade, Fobia, Medicina Dentária, Saúde Pública, Qualidade de Vida



## Abstract

The dental anxiety is a public health problem of increasing concern to the area of Dental Medicine, as it is noted that a significant proportion of patients constantly miss appointments due to this problem.

This analytical observational epidemiological study aims to: (1) assess the prevalence of dental anxiety and (2) measure the quality of life in users of University Dental Clinic of Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional Beiras (Viseu), identifying etiologic factors which may contribute to the increase in this type of anxiety.

We selected a sample of 162 users, aged between 15 and 85 years of age, of both genders, who resorted to the University Clinic in the months of March, April and May 2013.

The dental anxiety was measured using two scales, measuring specific anxiety and dental phobia, both in Portuguese versions - the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) and Dental Fear Survey (DFS) - and also a scale measuring general health, the Short Form 36 version 2 (SF-36v2), applied in conjunction with questionnaires socioeconomic Graffar.

It was found that the results obtained by DFS differ from the MDAS. In the first sample are 61.7% and according to the MDAS only 13.6% is anxious, but the relatively much phobic anxiety and the ratio is the same in both ranges (6.2%).

We conclude that there is a strong relationship with the Quality of Life and the dental anxiety and more anxiogenic stimuli that are at the view of the needle and the perception of the sting.

**Keywords:** Anxiety, Phobia, Dental Medicine, Public Health, Quality of Life



## Resumen

La ansiedad dentaria es un problema de Salud Publica cada vez más preocupante en las áreas de Medicina Dentaria, pues se nota que una parte significativa de los pacientes falta constantemente a las consultas debido a este problema.

El presente estudio epidemiológico transversal observacional analítico tiene como objetivos: (1) evaluar la prevalencia de la ansiedad dentaria y (2) medir la Calidad de Vida en los utilizadores de la Clínica Dentaria Universitaria de la Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional das Beiras (Viseu), identificando factores etiológicos que puedan contribuir para el aumento de este tipo de ansiedad.

Fue evaluada una muestra constituida por 162 utilizadores, con edades comprendidas entre los 15 y los 85 años de edad, de ambos sexos, que han recorrido a la Clínica Universitaria, en los meses de marzo, abril y mayo de 2013. La ansiedad dentaria fue evaluada a través de dos escalas de medición específica de ansiedad y fobia dentaria, ambas en versiones portuguesas – la *Modified Dental Anxiety Scale* (MDAS) y *Dental Fear Survey* (DFS) – y también una escala de medición de salud en general, el cuestionario *Short Form 36* versión 2 (SF-36v2), aplicadas conjuntamente con los cuestionarios Socioeconómico de *Graffar*. Se verifico que los resultados obtenidos por el DFS difieren de los obtenidos por el MDAS. En el primero, 61,7% de la muestra son ansiosos y, de acuerdo con el MDAS, apenas 13,6% son ansiosos, pero relativamente a los muy ansiosos y fóbicos el porcentaje es el mismo en las dos escalas (6,2%). Se concluye que cuanto mejor es la Calidad de Vida en general, menor es la ansiedad y que los estímulos más ansiogénicos son la visualización de la aguja y la percepción de picada.

**Palabras-llave:** Ansiedad, Fobia, Medicina Dentaria, Salud Publica, Calidad de Vida



## Résumé

L'inquiétude dentaire est un problème de plus en plus préoccupant dans la domaine de médecine dentaire, car il est à noter qu'une proportion significative de patients manquent constamment des rendez-vous à cause de ce problème de santé publique. Cette étude épidémiologique observationnelle analytique vise à: (1) évaluer la prévalence de l'inquiétude dentaire et (2) de mesurer la qualité de vie chez les utilisateurs University Dental Clinic de Universidade Católica Portuguesa - Centro Regional Beiras (Viseu), l'identification des facteurs étiologique qui peuvent contribuer à l'augmentation de ce type d'anxiété.

Nous avons sélectionné un échantillon de 162 utilisateurs, âgés entre 15 et 85 ans, des deux sexes, qui ont eu recours à la Clinique universitaire dans les mois de Mars, Avril et Mai 2013.

L'inquiétude dentaire a été mesurée à l'aide de deux échelles de mesure spécifique d'inquiétude et la phobie dentaire, à la fois dans les versions portugaises - l'échelle d'anxiété dentaire modification (MDA) et Enquête sur la peur du dentiste (DFS) - et aussi une échelle mesurant la santé en général, le Short Form 36 de la version 2 (SF-36v2), appliqué en conjonction avec questionnaires Graffar socio-économique. Il a été constaté que les résultats obtenus par la DSV diffèrent de MDA. Dans le premier échantillon est de 61,7% et en avant selon les MDAS seulement 13,6% est anxieux, mais l'anxiété phobique relativement bien élevé et que le rapport est le même dans les deux gammes (6,2%).

Nous concluons que le meilleur est la Qualité de Vie en général, moins l'inquiétude et de stimuli anxiogènes qui sont plus à la visualisation de l'aiguille et la perception de la morsure.

**Mots-clés:** inquiétude, phobie, la médecine dentaire, la santé publique, la Qualité de Vie



## Índice

<b>Índice de abreviaturas</b> .....	<b>19</b>
<b>Índice de Tabelas</b> .....	<b>21</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>CAPÍTULO 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>27</b>
<b>1.1 Perspetiva Histórica</b> .....	<b>29</b>
<b>1.2 Terminologia do medo</b> .....	<b>31</b>
1.2.1 Medo .....	31
1.2.2 Perturbação do Pânico/Transtorno de Pânico.....	32
1.2.3 Fobia .....	33
1.2.4 Ansiedade .....	33
1.2.5 Ansiedade Dentária .....	33
<b>1.3 Modelos Teóricos da Ansiedade Dentária</b> .....	<b>35</b>
1.3.1 Ansiedade Exógena.....	35
1.3.2 Ansiedade Endógena.....	36
<b>1.4 Estímulos e situações ansiogénicas em medicina dentária</b> .....	<b>36</b>
<b>1.5 Prevalência</b> .....	<b>38</b>
<b>1.6 Impacto Psicossocial/Qualidade de Vida</b> .....	<b>40</b>
<b>1.7 Como manusear pacientes ansiosos</b> .....	<b>40</b>
<b>1.8 Factores desencadeantes e indutores de medo e ansiedade dentária</b> .....	<b>41</b>
1.8.1 Explicação para a aquisição de medo e ansiedade dentária .....	41
<b>1.9 Características de Pacientes ansiosos</b> .....	<b>43</b>
<b>1.10 Estratégias a adoptar para a redução do medo e da ansiedade dentária durante os procedimentos dentários</b> .....	<b>43</b>
1.10.1 Comunicação médico dentista-paciente .....	44
1.10.2 Técnicas psicológicas e psicoterapêuticas.....	44
<b>1.11 Mecanismos Fisiológicos da ansiedade</b> .....	<b>46</b>
<b>Capítulo 2 Material e Métodos</b> .....	<b>47</b>
<b>2.1 Abordagem metodológica</b> .....	<b>49</b>
2.1.1 Solicitações para aplicação das escalas .....	49
<b>2.2 Amostra</b> .....	<b>49</b>
<b>2.3 Instrumentos</b> .....	<b>49</b>
2.3.1 Demográfico e Socioeconómico de Graffar .....	49
2.3.2 SF – 36 v2.....	49
2.3.3 OHIP 14.....	50
2.3.4 MDAS .....	50
2.3.5 DFS.....	51
<b>2.4 Análise Estatística</b> .....	<b>52</b>
<b>Capítulo 3 Resultados</b> .....	<b>53</b>
<b>3.1 Características da Amostra</b> .....	<b>55</b>
<b>3.2 Escala SF36 v2</b> .....	<b>57</b>
<b>3.3 Análise Escala DFS</b> .....	<b>60</b>
<b>3.4 Análise MDAS</b> .....	<b>65</b>
<b>Capítulo 4 Discussão</b> .....	<b>71</b>
<b>4.1 Consistência Interna</b> .....	<b>73</b>
4.1.1 SF-36v2.....	73
4.1.2 DFS.....	74
4.1.3 MDAS .....	75

<b>4.2 Análise Fatorial .....</b>	<b>76</b>
<b>4.3 Análise dos Componentes da Escala SF36 v2.....</b>	<b>76</b>
<b>4.4 Análise dos Componentes da Escala DFS .....</b>	<b>77</b>
<b>4.5 Análise dos Componentes da Escala MDAS .....</b>	<b>79</b>
<b>4.6 Resultados DFS e MDAS.....</b>	<b>81</b>
<b>4.7 Análise da Correlação da escala SF36-v2, DFS e MDAS .....</b>	<b>81</b>
<b>4.8 Análise Escala Graffar.....</b>	<b>81</b>
<b>4.9 Análise Género e Idade.....</b>	<b>82</b>
<b>Capítulo 5 Conclusões.....</b>	<b>83</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>87</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>95</b>

## Índice de abreviaturas

**MDAS** - *Modified Dental Anxiety Scale*

**DFS** - *Dental Fear Survey*

**SF-36v2** - *Short Form 36 versão 2*

**OHIP14** - *Oral Health Impact Profile*

**DSF\_1** – O medo de ser submetido(a) a tratamento dentário já fez com que adiasse o acto de marcar a consulta?

**DSF\_2** – O medo de ser submetido(a) a tratamento dentário já fez com que desmarcasse ou faltasse a alguma consulta?

**DSF\_3** – *Quando submetido a tratamento dentário: Os meus músculos ficam tensos...*

**DSF\_4** – *Quando submetido a tratamento dentário: A minha respiração acelera...*

**DSF\_5** – *Quando submetido a tratamento dentário: Sinto-me suado...*

**DSF\_6** – *Quando submetido a tratamento dentário: Sinto-me como se tivesse “borboletas” no estômago...*

**DSF\_7** – *Quando submetido a tratamento dentário: O meu coração bate mais depressa...*

**DSF\_8** – Marcar uma consulta para o dentista...

**DSF\_9** – Aproximar-se do consultório dentário...

**DSF\_10** – Estar sentado na sala de espera...

**DSF\_11** – Estar sentado na cadeira do dentista...

**DSF\_12** – O cheiro do consultório dentário...

**DSF\_13** – Ver o dentista a entrar...

**DSF\_14** – Ver a agulha da anestesia...

**DSF\_15** – Sentir a injetar a agulha...

**DSF\_16** – Ver a broca...

**DSF\_17** – Ouvir a broca...

**DSF\_18** – Sentir as vibrações da broca...

**DSF\_19** – Fazer uma limpeza aos dentes...

**DSF\_20** – Considerando todos estes pontos, qual é o grau de medo que tem de que lhe executem tratamentos dentários?

**MDAS\_1** – Se AMANHÃ fosse ao seu medico dentista para tratamento, como se sentiria?

**MDAS\_2** – Se estivesse sentado na SALA DE ESPERA (à espera de tratamento), como se sentiria?

**MDAS\_3** – Se lhe estivessem prestes a BROCAR UM DENTE, como se sentiria?

**MDAS\_4** – Se lhe estivessem prestes a fazer uma DESTARTARIZAÇÃO E POLIMENTO (limpeza), como se sentiria?

**MDAS\_5** - Se estivesse prestes a receber uma INJECÇÃO DE ANESTESIA LOCAL na sua gengiva, por cima de um molar superior, como se sentiria?

## Índice de Tabelas

Tabela 1 – Caracterização demográfica da amostra.....	55
Tabela 2 – Caracterização Geográfica da amostra.....	56
Tabela 3 – Caracterização das nacionalidades da amostra.....	57
Tabela 4 – Componentes e variância explicada da aplicação da Análise Fatorial à escala SF 36 v2 .....	57
Tabela 5 – Estatísticas descritivas da escala SF 36 v2.....	58
Tabela 6 – Estatísticas descritivas da escala SF 36 v2 segundo o género (teste t para amostras independentes) .....	58
Tabela 7 – Estatísticas descritivas da escala SF 36 v2 segundo a idade (ANOVA) .	59
Tabela 8 – Estatísticas descritivas da escala SF 36 v2 segundo a escala de Graffar (ANOVA).....	60
Tabela 9 – Componentes e variância explicada da aplicação da Análise Fatorial à escala DSF .....	60
Tabela 10 – Estatísticas descritivas da escala DSF .....	61
Tabela 11 – Escala DSF (Itens 1 a 7).....	61
Tabela 12 – Escala DSF (Itens 8 a 20).....	62
Tabela 13 – Estatísticas descritivas da escala DSF segundo o género (teste t para amostras independentes) .....	63
Tabela 14 – Estatísticas descritivas da escala DSF segundo a idade (ANOVA) .....	63
Tabela 15 – Estatísticas descritivas da escala DSF segundo a escala de Graffar (ANOVA).....	64
Tabela 16 – Escala DSF segundo as variáveis sociodemográficas (Teste do Qui-Quadrado).....	64
Tabela 17 – Correlação de Pearson entre a escala DFS e as escalas SF 36 v2 e MDAS.....	65
Tabela 18 – Componentes e variância explicada da aplicação da Análise Fatorial à escala MDAS .....	65
Tabela 19 – Estatísticas descritivas da escala MDAS.....	65
Tabela 20 – Escala MDAS .....	66
Tabela 21 – Estatísticas descritivas da escala MDAS segundo o género (teste t para amostras independentes) .....	66

Tabela 22 – Estatísticas descritivas da escala MDAS segundo a escala de Graffar (ANOVA).....	66
Tabela 23 – Estatísticas descritivas da escala MDAS segundo a idade (ANOVA) ...	67
Tabela 24 – Resultados Gerais Escala MDAS .....	67
Tabela 25 – Escala MDAS segundo as variáveis sociodemográficas (Teste do Qui-Quadrado).....	68
Tabela 26 – Escala MDAS segundo a escala DFS (Teste do Qui-Quadrado) .....	68
Tabela 27 – Correlação de Pearson entre a escala MDAS e a escala SF 36 v2 .....	69
Tabela 28 – Alfas de Cronbach do SF36-v2.....	73
Tabela 29 – Alfas de Cronbach de diferentes países do DFS.....	75
Tabela 29 – Alfas de Cronbach de diferentes países do MDAS.....	76
Tabela 31 – Comparação entre Perguntas presente estudo <i>versus</i> estudo Ferreira <sup>1</sup> .....	78

# INTRODUÇÃO



A Medicina Dentária, durante o século XX, teve um desenvolvimento muito rápido, tornando-se cada vez mais eficaz, com melhor qualidade, apta e capaz de fornecer alternativas variadas e sofisticadas para resolver os problemas de saúde oral dos pacientes. Cada vez mais se dá importância ao estado emocional dos pacientes, pois este constitui um dos fatores que subjazem aos tratamentos a que os profissionais de saúde oral recorrem. Os tratamentos na área da Medicina Dentária criam, por norma, uma certa tendência para o desenvolvimento de ansiedade, excitação e medo face aos procedimentos dentários. A ansiedade é uma resposta vaga e também um estado emocional experimentado pelo paciente que se manifesta das mais variadas maneiras em cada indivíduo, daí ser considerado de carácter multifatorial. Este problema não é específico de certos países ou culturas, trata-se de um problema à escala mundial.<sup>1-4</sup>

Os tratamentos dentários para muitos pacientes são geradores de *stress* e ansiedade, juntamente com os fatores inerentes ao tratamento, como os equipamentos e os instrumentos, além de que a própria sensação de invasão de parte do corpo físico possa levar o paciente a considerar a situação de tratamento como ameaçadora. Neste caso, haverá uma maior probabilidade de ocorrência de comportamentos de recusa e/ou tentativa de escapar aos tratamentos. Até o próprio consultório pode ser considerado um potencial causador da ansiedade, pois trata-se do local onde o paciente se encontra numa situação de vulnerabilidade.<sup>5</sup>

O medo e a ansiedade não são características específicas do tratamento dentário, também são características de outras áreas médicas, em especial daquelas em que são realizados tratamentos invasivos. O medo do Médico Dentista tem sido aquele que é relatado mais frequentemente e mais intensamente vivenciado. Natham (2001), por exemplo, observa que uma das principais causas que interferem no comportamento do paciente durante o tratamento dentário é a crença de que será submetido a algum tipo de desconforto durante o mesmo.<sup>5</sup>

Durante os últimos 30 anos, a prevalência da ansiedade dentária tem sido estudada e explorada em diversas culturas e populações,<sup>6,7</sup> sendo um problema sério que afeta uma parte significativa da população mundial.<sup>8</sup> Um conjunto de fatores sociodemográficos, comportamentais, psicológicos e sociais tem sido relacionado com a ansiedade dentária, verificando-se que esta é uma das causas de os pacientes evitarem os tratamentos dentários.<sup>9-12</sup>

Para um correto controlo da ansiedade, esta deve ser abordada caso a caso, devendo adaptar-se os mecanismos terapêuticos a cada paciente. Existem variadas formas de se conseguir gerir a ansiedade, primeiramente deve-se recorrer a abordagens pouco invasivas, como terapias não farmacológicas (comunicação com o paciente) e a anestesia local (para controlo da dor durante os procedimentos dentários). Quando estas técnicas não resultam ou são insuficientes, será necessário recorrer a outro tipo de recursos, nomeadamente a técnicas farmacológicas, como sedação inalatória, sedação intravenosa e anestesia geral.<sup>13</sup>

Ao longo dos anos foram feitos vários estudos e pesquisas que relatam as causas atribuídas pelos pacientes à ansiedade dentária.<sup>14</sup> De entre as causas apontadas pelos pacientes como potenciais geradoras de situações de ansiedade, destacam-se as seguintes: o facto de terem sofrido experiências anteriores dolorosas;<sup>15-17</sup> acreditarem que o tratamento a que se vão submeter é inevitavelmente doloroso;<sup>15,16</sup> sentirem que poderão perder o controlo da situação e inclusive a incapacidade de parar o tratamento que acham incómodo;<sup>15,18,19</sup> o medo do desconhecido, ou não entenderem o que o Médico Dentista vai fazer;<sup>15,18</sup> assistirem a relatos de experiências desagradáveis relacionadas com tratamentos dentários, quer na comunicação social, quer em conversas com pessoas conhecidas;<sup>18</sup> terem sido submetidos a uma intervenção destacada pelo Médico Dentista e/ou considerarem que o seu tratamento foi abordado de forma impessoal;<sup>15,18</sup> o medo de serem ridículos ao reagirem de certa forma aos procedimentos dentários.<sup>18</sup>

Com a aplicação das escalas de medição específica de ansiedade e fobia dentária, ambas validadas para a população portuguesa - a *Modified Dental Anxiety Scale (MDAS)* e *Dental Fear Survey (DFS)*,<sup>20</sup> e também uma escala de medição da saúde geral, o questionário *Short Form 36 versão 2 (SF-36v2)*, aplicadas conjuntamente com os questionários Socioeconómico de *Graffard*, pretende-se perceber as razões que levam os pacientes a evitarem os tratamentos dentários. Com os resultados destes questionários psicométricos pretende-se definir *guidelines* que possam ser aplicadas durante o dia-a-dia do Médico Dentista de forma a evitar ou diminuir a ansiedade dos pacientes aquando da submissão a tratamentos dentários.

# **CAPÍTULO 1**

# **ENQUADRAMENTO**

# **TEÓRICO**



## 1.1 Perspetiva Histórica

A medicina é tão antiga como o Homem, a doença, o acidente e a morte, que acompanharam sempre a Humanidade. O Homem ao longo dos tempos sempre tentou afastar tudo o que era dor, doenças, sofrimento e a morte.<sup>21-23</sup>

Durante os anos da pré-história, antes que a civilização atingisse a capacidade de deixar documentado a experiência e os conceitos de que dispunham na área da saúde, é possível saber as doenças que o homem pré-histórico tinha através da paleopatologia, que estuda as mesmas através dos ossos conservados em diversos solos. Os paleontólogos encontram diversos vestígios de traumatismos, como fracturas nos ossos, que mostram as condições muito duras em que os homens de então viviam. Os restos de maxilares encontrados sugerem um mau estado das arcadas dentárias, os dentes encontram-se ausentes ou são escavados, sinal este de infecções frequentes e graves nas gengivas.<sup>21-23</sup>

A medicina ao longo dos séculos passou de instintiva, a empírica, a religiosa e a mágica. Do célebre código de Hamurábi, que tinha os honorários, de acordo com cada tipo e intervenção cirúrgica em caso de sucesso e as sanções em caso de insucesso (Babilónia no século XVII a.C.); ao papiro de Ebers, que mostra a mentalidade médica dos antigos egípcios, que se estendeu por mais de 3000 anos que leva atualmente ao estudo das múmias, onde podem ser observadas as patologias que os homens sofriam nessa época, como cáries dentárias e infecções nas gengivas.<sup>21-23</sup>

A civilização grega tinha como deus da medicina Asclépios, adoptado também pelos romanos como Esculápio, que por sua vez era pai da Hígia (que legou a higiene) e da Panaceia (“aquela que cura tudo”, que esteve na origem dos medicamentos). O considerado Pai da medicina, Hipócrates (século V e IV a.C.), deixa o célebre *Corpus Hipocraticum* que inclui o juramento e alguns casos clínicos da época. Em Roma, Asclepiades (século III a.C.) torna-se um médico bastante conhecido, que faz renascer a escola de Alexandria. Após a sua morte começa a existir um afluxo de médicos gregos. No século II, Celso distingue-se pois escreve a primeira obra em latim sobre arte médica. Galeno vai dominar a medicina durante o século II, adoptando a teoria dos quatro humores de Hipócrates, influenciando assim a medicina durante a Idade Média.<sup>21-23</sup>

Durante a Idade Média (século II ao XV) não existiu grande evolução na medicina, apenas se pode destacar algumas das influências mais marcantes desta época: a Medicina da língua árabe, da qual se pode salientar o instrumental fabuloso que se utilizavam ou a massagem que era uma das práticas muito utilizadas; a Medicina Monocal, nos mosteiros e nos conventos eram lecionados e praticados os atos médicos; Escola de Salerno, universidade de medicina mais antiga da Europa.<sup>21-23</sup>

A partir do final do século XV, ocorre uma grande mudança na maneira de encarar a Medicina, sendo feitas numerosas descobertas. Versálio corrige, durante o século XVI, os erros cometidos por Galeno, publicando um livro sobre anatomia humana, a *De humani corporis fabrica*. Ambroise Paré foi o autor do renascimento cirúrgico; Paracelso, pioneiro no uso de medicamentos químicos; Harvery elaborou descrição da circulação do sangue; Pecquet, a circulação linfática. Estes são alguns dos homens que contribuíram para a evolução da medicina entre o século XVI e XVII.<sup>21-23</sup>

A partir do século XVII, a medicina começa a entrar noutros campos, salientando-se a descoberta do microscópio por Leeuwenhoek e a histologia de vários tecidos por Malpighi. Já no século XVIII, entramos na medicina das luzes, com destaque para Jonh Hunter, que se tratava de um cirurgião brilhante e ainda atualmente algumas das suas técnicas de tratamento de aneurismas continuam a ser válidas. Pierre Fauchard destaca-se na área da medicina dentária, introduzindo a odontoestomatologia no domínio médico, sendo o primeiro a introduzir na arte dentária a observação metódica, a racionalidade e a prudência, pondo de parte as ideias que durante milénios vigoravam, de que qualquer um podia extrair dentes sem conhecimentos nem de patologia em geral nem de anatomia. Jenner realiza a primeira vacinação contra a varíola.<sup>21-23</sup>

Graças a todos os conhecimentos adquiridos durante os séculos anteriores, o século XIX, tornou-se verdadeiramente científico. Laennec inventa o estetoscópio, Long pratica pela primeira vez a anestesia com éter, Pravaz fabrica a seringa de injeção. Passa-se depois para a medicina de laboratório, associando-se cada vez mais a medicina e a química. Começam as tentativas de anestésiar os doentes, primeiramente com éter. O dentista Horace Wells substitui éter por protoxido de azoto, sendo a sua demonstração um falhanço. A utilização do éter como anestésico

torna-se rapidamente popular, tendo origem em Boston, segue depois para a Europa. Meio século mais tarde, começa-se a utilizar novamente protoxido de azoto, pois é mais fácil de manejar. Surge então o problema associado às infecções adquiridas durante os atos cirúrgicos. Lister descobre as propriedades desinfectantes do ácido fénico, e começa a impor aos seus colaboradores e alunos uma limpeza meticulosa do instrumenta e das batas que habitualmente apresentavam os vestígios de sangue e secreções das cirurgias anteriores, começa assim só a utilizar material que tenha sido previamente limpo com fenol, surgindo assim o método antisséptico. Uma das grandes revoluções na medicina foi a descoberta dos raios X por Roentgen em 1895. Fleming, em 1929, descobre a penicilina. Em 1962, Crick, Wilkins e Watson recebem o prémio Nobel pela descoberta da estrutura do ADN.<sup>21-23</sup>

Na verdade, durante o século XX, a Medicina Dentária conheceu um desenvolvimento muito rápido. Para além de uma maior eficácia, passou a adotar procedimentos cada vez mais sofisticados e adaptados às necessidades dos pacientes. A sofisticação terapêutica da Medicina Dentária tem envolvido até à data uma conceção holística do paciente oral, entendido como um indivíduo com uma determinada história de vida, que reage de forma individualizada aos estímulos negativos ou positivos associados aos tratamentos a que se submete. Desta forma, urge aprofundar estudos mais alargados no âmbito da Medicina Dentária, como, por exemplo, questões associadas à psicologia do paciente, nomeadamente, a fatores que provocam ansiedade, como o medo.<sup>1</sup>

## **1.2 Terminologia do medo**

### **1.2.1 Medo**

O medo pode ser definido por um sentimento de angústia experimentado durante uma ameaça ou ao pensar num suposto ou real perigo. Para alguns autores trata-se de um estado condicionado, cujo estado incondicionado é a dor: nesta perspetiva o medo será a antecipação da dor, mas contra tal perspetiva de definir medo, defendeu-se que existe um certo número de reações internas de medo ou ansiedade desencadeadas por estímulos específicos, como assustadores ou ansiogénicos, sendo estes estímulos independentes da dor propriamente dita.<sup>24</sup> Por

exemplo, o medo excessivo resulta em evitar visitas ao médico dentista, o que faz com que a saúde oral seja precária, daí ser associado este medo à má saúde oral.<sup>25,26</sup> Estes pacientes, que sofrem de medo excessivo, só conseguem evitar faltar a consultas em casos de emergência, o que os leva a tratamentos invasivos, o que, conseqüentemente, vai reforçar o medo.<sup>26,27</sup>

### **1.2.2 Perturbação do Pânico/Transtorno de Pânico**

Os pacientes que sofrem de perturbações de pânico, ao contrário dos que sofrem de perturbações de ansiedade generalizada, não são inquietados pelas tensões e apreensões crônicas que confrontam estes últimos. Característicos desta perturbação temos os ataques de pânico; trata-se de episódios súbitos vindos do nada, que se mostram como sintomas físicos muito assustadores, que o paciente não entende, como respiração acelerada, sensação de sufoco, tonturas, formigamento nas mãos e nos pés, suores, palpitações cardíacas, dores no peito, sendo estes sintomas acompanhados por sentimento de apreensão, terror e sentimento de desgraça iminente. Os pacientes que sofrem desta perturbação desenvolvem frequentemente um medo intenso de ter estes ataques, particularmente em locais públicos, por poderem ser embaraçosos.<sup>28</sup>

O Transtorno de Pânico, que é comumente descrito como “ataques de pânico”, corresponde a um transtorno de ansiedade que está muito associado à agorafobia. Estes ataques, por vezes, não se restringem a uma situação específica, surgindo em situações ou num conjunto de circunstâncias imprevisíveis. Estes ataques, como referido anteriormente, estão associados à agorafobia, que consiste num medo mórbido de ter um ataque de pânico numa situação em que não há uma rota de fuga, ou seja, medo de estar num ambiente onde escapar ou obter ajuda será difícil ou embaraçoso.<sup>29</sup> Trata-se de uma doença de evolução crônica que gera mal-estar intenso, o que implica uma pior qualidade de vida e a deterioração da vida social. Na Europa, a prevalência é de cerca de 6,4% por ano, sendo uma das 10 principais causas de dias perdidos de trabalho.<sup>30</sup>

### **1.2.3 Fobia**

Uma das perturbações de ansiedade muito comum é a fobia, sendo caracterizada por um medo intenso e irracional. Ao contrário de outras perturbações, um indivíduo com fobia sabe que os seus medos são irracionais. As fobias podem ser gerais ou específicas, como é o caso da fobia dentária.<sup>28</sup> A fobia dentária pode ser definida como um medo extremo e incontrolável perante tratamentos dentários, afetando cerca de 4% da população em geral, sendo a taxa de prevalência mais alta no sexo feminino do que no masculino.<sup>26,31</sup>

### **1.2.4 Ansiedade**

A ansiedade pode ser definida como uma inquietação global derivada da incerteza, não se encontra relacionada com nenhuma coisa em particular, sendo geral ou flutuante. Os pacientes estão constantemente preocupados e em estado de tensão, sentindo-se desadequados, hipersensíveis e não conseguem concentrar-se ou tomar decisões, sofrendo de insónias. Fisiologicamente, este estado é caracterizado com um ritmo cardíaco acelerado, respiração irregular, sudção excessiva e diarreia crónica. Quando falamos de ansiedade, podemos associá-la a distúrbios onde é característico um conjunto de sintomas, nomeadamente a experiência de ansiedade, bem como os esforços para lidar com ela. Os pacientes ansiosos estão sistematicamente apreensivos, receiam o pior e estão constantemente a antecipar desastres futuros. Estes sintomas causam frequentemente angústia e diminuem o funcionamento normal do indivíduo.<sup>28</sup>

### **1.2.5 Ansiedade Dentária**

A ansiedade dentária é um fenómeno complexo de carácter multifatorial e não existe nenhum fator único que seja a causa exclusiva para o seu desenvolvimento. De acordo com a literatura, vários fatores têm sido associados a ansiedade como as características pessoais, medo da dor, experiências traumáticas passadas (particularmente durante a infância), a influência de membros da família ou amigos que desencadeiem medo, ferimentos que envolvam sangue.<sup>32</sup>

### 1.2.5.1 Consequências e causas da Ansiedade Dentária

Várias causas têm sido atribuídas ao desenvolvimento de ansiedade. Como se trata de um fenómeno complexo multidimensional, não existe uma única causa específica, como mostra o esquema seguinte.

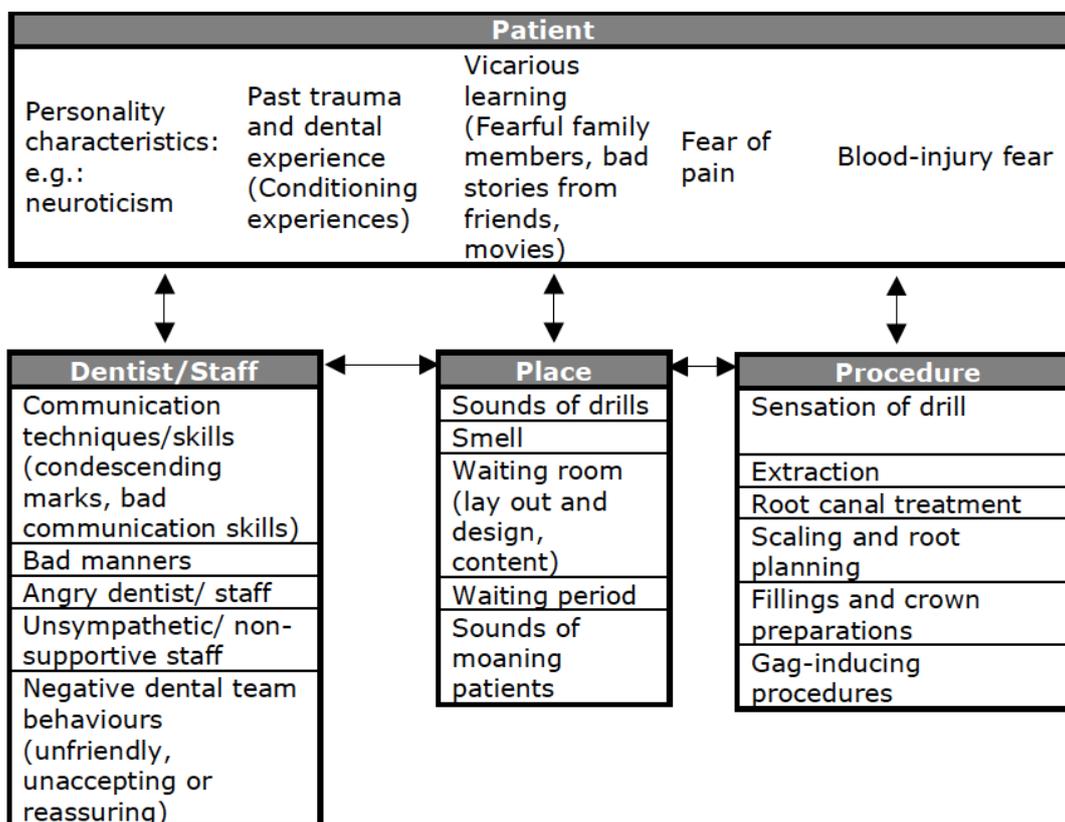


Fig. 1 Interações que podem desencadear ou modificar a ansiedade dentária <sup>32</sup>

De entre os vários fatores apontados na literatura científica que se associam à ansiedade dos pacientes, o medo da dor ocupa um lugar de destaque, continuando a ser apontado como o elemento mais forte para provocar ansiedade dentária e, assim, fazer com que os pacientes evitem tratamentos dentários. Kent mostrou nos estudos que realizou que a memória da dor dentária é “reconstituída” ao longo do tempo, descobrindo que os pacientes muito ansiosos tendem a superestimar a dor mesmo antes do procedimento dentário ter sido realizado. <sup>32</sup>

### **1.3 Modelos Teóricos da Ansiedade Dentária**

Weiner & Sheehan propõem que os “medos dentários” podem ser classificados como exógenos e endógenos.<sup>33</sup> Acredita-se que os primeiros são baseados em respostas a experiências aversivas, como traumas, já o medo endógeno reflete uma vulnerabilidade a distúrbios de ansiedade e múltiplos temores (medos).<sup>34</sup>

#### **1.3.1 Ansiedade Exógena**

Os sintomas de ansiedade antecipatória, como, por exemplo, as palmas das mãos húmidas, sensação de estômago flutuante, tremores nas mãos, batimento cardíaco rápido, são alguns dos sintomas observados quando os indivíduos estão stressados ou ameaçados. Cada vez que o indivíduo, numa situação em particular, se sente repetidamente stressado ou prejudicado, este torna-se condicionado a ter medo e ansiedade cada vez que se expõe a esta situação. Esta forma de ansiedade é uma reação normal, que ocorre no exterior dos limites do corpo.<sup>35</sup> Este tipo de ansiedade pensa-se ser uma resposta desenvolvida devido a consequências de experiências diretas ou indiretas.<sup>20</sup>

##### **1.3.1.1 Experiências Diretas**

Estas experiências são normalmente negativas e ocorrem no consultório dentário, sob a forma de dor ou susto, ou envolvem interações negativas entre o médico dentista e o paciente. Em ambas os casos, a conexão entre estes estímulos (incondicionados) e o estímulo neutro vai dar origem a uma resposta emocional por parte do paciente.<sup>20</sup>

##### **1.3.1.2 Experiências Indiretas**

As experiências indiretas são basicamente constituídas por aprendizagem adquirida através de pais, familiares, amigos e conhecidos podendo também resultar de estereótipos relativos a tratamentos dentários relatados nos

jornais, filmes, desenhos animados, que podem conduzir a comportamentos de imitação.<sup>20</sup>

Estas experiências também podem incluir a generalização de estímulos, um processo análogo à resposta condicionada, mas em que o estímulo incondicionado é transferido de outra situação para a medicina dentária. Para se reagir de forma adversa à medicina dentária não foi necessário para a pessoa ser magoada pelo dentista, ou seja, por vezes diferentes pessoas podem ter reações diferentes ao medo. Ainda podem ser incluídas as sensações de impotência, que estão intimamente ligadas à sensação de perda de controlo. A perda de controlo pode ser desdobrada em controlo comportamental e controlo cognitivo. A queixa do paciente de referir que está a doer e o Médico Dentista não parar ou de não administrar mais anestesia é um exemplo da ausência de controlo comportamental. Quanto ao controlo cognitivo encontra-se relacionado com o que os pacientes podem fazer mentalmente para diminuir a reação ao estímulo, a ausência deste tipo de controlo provocará pensamentos de situações catastróficas como “a agulha vai escapar” ou “a broca vai cortar-me a língua” entre outros descritos por de Jongh e ter Horst.<sup>20,36</sup>

### **1.3.2 Ansiedade Endógena**

Este tipo de ansiedade é caracterizado por sintomas mais graves como sensação de vertigens, tonturas, dificuldade em respirar, parestesia, hiperventilação, nó na garganta, dores no peito, que vão variando conforme o nível da ansiedade. Devido à grande variedade de sintomas, este transtorno de ansiedade é um grande imitador de doenças. O paciente tem ataques de ansiedade que ocorrem espontaneamente, de forma inesperada e sem provocação.<sup>35</sup> Segundo este tipo de ansiedade, esta é considerada como um componente de vulnerabilidade a distúrbios ansiosos evidenciados por medos múltiplos, ansiedade generalizada ou pânico.<sup>20</sup>

### **1.4 Estímulos e situações ansiogénicas em medicina dentária**

Para qualquer tipo de procedimento dentário, na maioria dos casos, os pacientes recebem anestesia. Esta torna-se bastante importante (pelo menos na

ótica do paciente), pois a dor induz ansiedade ou medo em crianças<sup>37</sup> e é também uma fonte de angústia ou uma razão convincente para os adultos evitarem tratamentos dentários.<sup>38,39</sup> Existem vários fatores que podem estar associados à dor que ocorre aquando da anestesia, mas os fatores do foro psicológico, como a ansiedade e o medo, desempenham um papel importante na perceção da dor.<sup>40</sup> Um estudo realizado em 2009 mostra que os pacientes mais ansiosos tendem a sentir mais dor do que os menos ansiosos.<sup>40</sup>

O período de tempo que os pacientes aguardam na sala de espera para que se inicie a consulta é muito referido pelos pacientes como uma das grandes causas de ansiedade, pois os pacientes começam a pensar no que vai ou poderá vir a acontecer e começam a refletir sobre o pior. Nestas situações, quando se identifica este tipo de pacientes, deve-se evitar ao máximo que estes esperem na sala de espera, podendo marcar as consultas para o início da manhã ou da tarde, de forma a garantir que estes pacientes não esperem muito tempo.<sup>32</sup>

A área da cirurgia oral é uma componente da Medicina Dentária em relação à qual os pacientes sentem e relatam mais ansiedade e *stress*. Um estudo realizado em 2008 avalia o impacto psicológico na extração de dentes do siso, onde se avalia o risco de desenvolvimento de ansiedade dentária e *stress* pós-traumático num grupo de pacientes. Os resultados obtidos nos pacientes mostram que existiram sintomas de ansiedade e *stress* pós-traumático. A dor e traumas anteriores aumentam o risco de pacientes submetidos a cirurgias se tornarem ainda mais ansiosos. Este estudo veio reforçar a importância de uma boa técnica anestésica aquando da realização de atos cirúrgicos mais dolorosos. Com isto, deve-se tentar identificar os pacientes mais suscetíveis a traumas e, assim, aplicar medidas preventivas e terapêuticas para evitar e reduzir algum tipo de dano psicológico, que faça com que os pacientes evitem a ida às consultas de medicina Dentária.<sup>41</sup> O impacto de um procedimento cirúrgico por si só pode não ser fator que desencadeie a ansiedade. Qualquer procedimento cirúrgico, por definição, representa uma ameaça à integridade física e é normal que os pacientes que estão expostos a estes eventos tenham um risco aumentado de desenvolvimento de sintomas de *stress* pós-traumático, que leva conseqüentemente à ansiedade.<sup>41,42</sup>

Vários estudos têm mostrado que os procedimentos restauradores, como dentisterias, são um dos mais potentes gatilhos para a ansiedade se manifestar. Isto

acontece devido à visão, à sensação do som e até à vibração da broca, juntamente com a visão e sensação da injeção com o anestésico local, tornando-se para muitos pacientes uma situação potencialmente assustadora, pois acarreta a expectativa de sentir dor, que é, naturalmente, o grande desencadeador de ansiedade. É por esta razão que muitos pacientes ansiosos, ao serem submetidos a este tipo de procedimentos, devem ser geridos de modo a reduzir as formas de desencadear *stress*, como evitar mostrar ao paciente as agulhas, as brocas, utilizar aparelhos com baixa velocidade de corte, como ar de abrasão, instrumentos de ultra-sons com pontas diamantadas, entre outros.<sup>32</sup>

### 1.5 Prevalência

Em 2007, nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa no Porto, foram aplicados os questionários MDAS e FDS, numa amostra de 150 utentes. Na sequência do primeiro, observou-se que 28,7% dos pacientes se consideram muito ansiosos quando se deslocam à consulta de Medicina Dentária; já a aplicação do segundo questionário mostra que 14,7% da amostra se revela extremamente ansiosa perante a consulta e que 52,7% mostra ansiedade, independentemente da sua severidade. O ver a agulha, senti-la, ver a broca ou ouvi-la são muitos dos estímulos que os pacientes relatam como sendo aterrorizantes. Outra conclusão importante é que os pacientes muito ansiosos só se dirigem à consulta quando sentem dor.<sup>1</sup>

Em França, num artigo publicado em 2007, foi realizado um estudo com a aplicação da escala Dental Anxiety Scale (DAS) versão francesa, da qual se observou, numa amostra de 2725 participantes, que 13,5% se mostram moderadamente a severamente ansiosos perante os tratamentos dentários.<sup>43</sup>

Em janeiro de 2012, na Irlanda, foi publicado mais um estudo, realizado na Cork University Dental School and Hospital, com a aplicação da escala DAS, numa amostra de 395 pacientes. Neste estudo, a percentagem de indivíduos extremamente ansiosos é de cerca de 17%. Uma percentagem relevante destes pacientes ansiosos relata “sentir-se fora de controle”, tratar-se de uma “experiência negativa”, medo da agulha, da broca e sentir-se incomodado com o cheiro do material dentário. Uma das formas de fazer o paciente sentir-se sob controle é dizer

que pode levantar a mão sempre que achar necessário que o médico pare o procedimento.<sup>44</sup>

Na Austrália, num estudo publicado em 2010, foram utilizadas três diferentes escalas para mensurar a ansiedade e o medo dentário. A prevalência obtida depende da escala utilizada, daí neste estudo ter sido estimada a prevalência em 18,8%. Utilizando a escala DAS, a ansiedade dentária é de cerca de 18,1%, e comparando com outro estudo realizado em 1995, utilizando a mesma escala, a percentagem era de 13,7%, concluindo-se, pois, que esta aumentou. Este estudo conclui também que existem variadas causas como o medo do custo do tratamento, o medo da agulha seguido do medo de procedimentos complexos e dolorosos.<sup>45</sup>

No Brasil, na cidade de Araraquara, uma amostra de 984 pessoas, com idades entre os 14 e os 93 anos, responderam a um questionário com perguntas sobre sexo, idade, nível de escolaridade, presença de sentimentos de medo e/ou ansiedade, frequência de consultas ao médico dentista e procedimento odontológico. Desta amostra, 26% refere que tem medo de ir ao dentista, e que a principal causa deste medo é terem sofrido experiências anteriores desagradáveis durante os procedimentos dentários e também afirma que o medo que sentem se deve ao relato negativo sobre os tratamentos por parte de familiares e amigos.<sup>46</sup>

Num estudo realizado na Índia e publicado em 2012, foi avaliada a ansiedade dentária nos pacientes que visitavam uma clínica dentária em Faridabad. Foi aplicado o questionário MDAS na língua local (hindi) em 1032 pacientes com idades compreendidas entre os 14 e 68 anos. Verificou-se que a prevalência da ansiedade é alta, cerca de 50,2%, mas a ansiedade mais severa, a fobia, é relativamente baixa, abrangendo apenas cerca de 4,38% da amostra. A idade mais afetada é entre as segundas e terceiras décadas de vida (37,3%) e também é mais alta nas mulheres do que nos homens.<sup>47</sup>

Como se pode observar pelos estudos realizados em diversos países, uma parte significativa da população apresenta ansiedade dentária, e isto significa que a grande maioria dos habitantes só venham a consultas de Medicina Dentária em último recurso, ou seja, quando já têm sintomatologia dolorosa, evitando ao máximo a realização de consultas de rotina que poderiam evitar a dor. Estes dados revelam que a ansiedade dentária não é só específica dos países industrializados, afetando, na realidade, toda a população mundial, quer em países industrializados, quer em

países não industrializados, apesar de nestes últimos existirem ainda poucos estudos relativos a este problema.<sup>1,43,47</sup>

### **1.6 Impacto Psicossocial/Qualidade de Vida**

A Qualidade de Vida e ansiedade dentária são aspectos muito importantes no tratamento dentário, pois a última é uma das grandes barreiras para se conseguir prestar um bom atendimento. O impacto dos problemas dentários ao não se conseguir a eficácia ideal no tratamento das mesmas, faz com que a qualidade de vida os pacientes esteja condicionada. Vários estudos mostram que a ansiedade dentária está intimamente relacionada com má saúde oral e consequentemente má Qualidade de Vida. Num estudo publicado em 2008, numa amostra de paciente extremamente ansiosos na Holanda, mostra que pacientes que evitaram o tratamento dentário durante 12 anos, tiveram uma grande deterioração da dentição. Com a aplicação dos questionário DAS (versão holandesa da Escala de Ansiedade Dentária), o S-DAS (versão holandesa do versão pequena do inventário de ansiedade dentária), SF36 v2 e o OHP-14, mostraram que o impacto da ansiedade na vida diária é elevado, além disso teve um grande impacto no sentimento de felicidade. Isto mostra com a ansiedade tem um grande impacto no funcionamento psicossocial. Os resultados deste estudo mostram que a maioria dos pacientes deste estudo que foram evitando o atendimento dentário durante muito tempo além de fraca saúde oral também tem um impacto psicológico e social como vergonha pela falta ou dentes estragados, incerteza, medo do tratamento e a da dor.<sup>48</sup>

### **1.7 Como manusear pacientes ansiosos**

Para cerca de dois terços dos médicos dentistas tratar pacientes ansiosos é um desafio da prática clínica diária, por isso é essencial identificar estes pacientes para assim se poderem aplicar medidas preventivas. Por exemplo os pacientes que cancelam constantemente consultas, chegam sempre muito atrasados, ou remarcam frequentemente consultas pode significar que estes têm medo do tratamento dentário.<sup>32,49,50</sup>

Após a identificação deste tipo de pacientes uma série de medidas podem ser aplicadas como por exemplo dar tempo suficiente para a consulta; evitar mostrar os instrumentos que vão ser utilizados durante a consulta, a própria assistente pode cobrir os instrumentos de forma a que o paciente não os veja; introduzir formas de relaxamento; usar métodos de distração durante a consulta como música ambiente; aplicar anestésias mais eficientes, utilização de anestesia tópica antes da anestesia convencional; utilização de terapêuticas farmacológicas para sedação consciente. Ao utilizarem-se medidas como estas consegue-se assim aumentar a probabilidade de ganhar a confiança do paciente e assim ajudá-lo a não sentir receio perante o tratamento dentário.<sup>32</sup>

A comunicação com o paciente torna-se essencial para reduzir a ansiedade, como o apoio e transmissão verbal de confiança por parte do médico dentista e de toda a equipa com a qual o paciente interage. Uma técnica de relaxamento simples que se pode pedir ao paciente para realizar antes do início da consulta é que inspire e expire lentamente. Como já referido anteriormente uma das situações que causam mais medo aos pacientes é a restauração de um dente, atualmente existem outros métodos que vem substituir as brocas convencionais, sempre que seja possível pode-se considerar utilizar métodos como laser, ar abrasivo, entre outros. Outro método que tem sido utilizado para gerir a ansiedade é o da sedação consciente, que vai produzir um efeito relaxante nos pacientes e em casos mais severos a anestesia geral.<sup>32</sup>

## **1.8 Factores desencadeantes e indutores de medo e ansiedade dentária**

### **1.8.1 Explicação para a aquisição de medo e ansiedade dentária**

#### **1.8.1.1 Etiologia**

Existem várias causas que levam o paciente a frequentar ou não as consultas de medicina dentária. As experiências passadas, como a história psicossocial do paciente podem-se combinar e assim fazer com que o paciente reduza as suas visitas ao médico dentista. Por norma, o paciente adulto as barreiras que impedem a ida ao consultório dentário são a ansiedade, o custo financeiro e a perceção da necessidade de tratamento nos pacientes mais jovens é afetada pela atitude e ansiedade dos pais. Como já referido anteriormente a causa da ansiedade dentária

é multifactorial, mas a causa mais conhecida universalmente é a experiência traumática anterior vivenciada pelo indivíduo. Por exemplo, o simples atraso da consulta que leva o paciente a aguardar na sala de espera pode fazer com que medos, dúvidas ou pânico voltem novamente a assombrar o paciente.<sup>51</sup>

### **1.8.1.2 Condição Socioeconómica**

A classe sócioeconómica mais desfavorecida é por norma a que espaça mais as consultas de medicina dentária por causa dos recursos financeiros, o que sugere que o peso financeiro pode surgir como uma causa da diminuição da frequência de consulta.<sup>1</sup>

### **1.8.1.3 Idade**

Por norma as crianças relatam mais medo que os adultos perante o tratamento dentário, sendo que a ansiedade e o medo em relação ao tratamento dentário é um dos problemas mais comuns entre crianças e adolescentes. Segundo alguns estudos, mais de metade dos profissionais indicam que adultos entre os 40 e os 50 anos mostram mais medo perante o tratamento dentário e que com o aumento da idade tornam-se mais receosos, pois podem ter experimentado um maior número de tratamentos.<sup>51</sup>

Num estudo publicado em 2009, em que se estabeleceu a relação da faixa etária com a ansiedade alta versus baixa/moderada, não foi encontrada nenhuma evidência para a faixa etária mais jovem, mas a probabilidade de estes indivíduos serem ansiosos comparado com o grupo da faixa etária de mais de 60 anos é 4 vezes maior. A ansiedade dentária é relativamente estável independentemente das mudanças que possam ser efectuadas no tratamento, daí os autores deste estudo afirmarem que o desenvolvimento de técnicas de comunicação pode reduzir este fenómeno.<sup>52</sup>

#### **1.8.1.4 Género**

Segundo alguns autores, na prevalência de ansiedade dentária não existem diferenças significativas no sexo, mas outros afirmam que existe um elevado grau de ansiedade nas mulheres em relação ao dos homens, o que pode ser explicado pelo elevado número que responde aos questionários. Esta elevada ansiedade dentária nas mulheres também pode ser explicada através da aceitação social, ou seja, são mais livres de expressar os seus receios, e pensa-se que provavelmente a ansiedade nos homens é expressa de forma menos perceptível. Isto é demonstrado muitas vezes através da saúde oral precária nos homens, enquanto que as mulheres mais facilmente admitem que têm ansiedade e mais rapidamente iniciam o tratamento.<sup>51</sup>

#### **1.9 Características de Pacientes ansiosos**

Os pacientes ansiosos por norma têm variadas características que ajudam os médicos dentistas a identificá-los. Desde serem muito envergonhados, tímidos, num estado de saúde geral extremamente mau, com muito pouca confiança nos médicos dentistas, danos extensos e complexos nos dentes que por norma são muito exigentes para um médico dentista normal, são hipersensíveis à dor, sofrem angústia, têm comportamentos desorganizados, gritos, manifestam no corpo sinais como vermelhidão, sudorese, dor no peito, falta de ar, boca seca, problemas gastrointestinais; é muito comum sentirem-se imobilizados na cadeira do médico dentista, os pensamentos de estar limitado levam a pensamentos de fuga; atrasar ou evitar as consultas dentárias.<sup>51</sup>

#### **1.10 Estratégias a adoptar para a redução do medo e da ansiedade dentária durante os procedimentos dentários**

Perante pacientes ansiosos podemos adotar medidas de controlo de comportamentos tais como: conversar com o paciente antes do início do procedimento, tentando o médico dentista explicar o tratamento de forma fácil de compreender tentando manter um ambiente descontraído e amigável; explicar ao paciente as implicações de comportamentos inadequados como movimentar de

repente a cabeça; terapias de relaxamento; terapias medicamentosas; sedação em casos mais extremos.<sup>32</sup>

### **1.10.1 Comunicação médico dentista-paciente**

Cada vez mais a comunicação é considerada uma parte importante do tratamento dentário. Uma boa comunicação entre o médico dentista e o paciente tem numerosos potenciais positivos, incluindo a redução da ansiedade dentária, a satisfação, motivação e adesão do paciente a boas práticas de saúde oral. Por outro lado uma insuficiente comunicação com o paciente pode criar obstáculos e assim conduzir a resultados indesejáveis. Para os pacientes a comunicação parece ser tão importante como o tratamento em si. Num estudo publicado em 2011 sobre a comunicação médico dentista-paciente nos Estados Unidos da América, afirma-se que cada vez mais os profissionais de saúde oral têm de desenvolver técnicas de comunicação com os pacientes pois com a mudança da população e com a crescente desenvolvimento dos cuidados dentários é fundamental ajudar os pacientes a entenderem qual a importância da saúde oral.<sup>53</sup>

### **1.10.2 Técnicas psicológicas e psicoterapêuticas**

#### **1.10.2.1 Terapia Cognitivo-comportamental**

A terapia Cognitivo-comportamental é um exemplo de uma terapia psicológica breve com eficácia comprovada que utiliza técnicas de modificação do comportamento e procedimentos de reestruturação cognitiva para mudar crenças e comportamentos desajustados. Esta terapia passa pela aprendizagem de técnicas de relaxamento, realização de mini-experiências e dessensibilização sistemática, ou seja, construir uma hierarquia de situações que provocam diferentes graus de ansiedade ou medo, e em seguida vai-se progredindo na hierarquia de uma maneira relaxada e não ansiosa. Por outro lado, a terapia cognitiva baseia-se centralmente na análise das crenças, interpretações, pensamentos das pessoas. O objectivo desta terapia é tentar compreender como as pessoas pensam sobre determinados eventos e de que forma estes desempenham um papel nas suas

emoções, como exemplo a ansiedade, e quais as suas respostas fisiológicas a estes eventos.<sup>54</sup>

Portanto, a terapia cognitiva facilita uma nova compreensão, segundo a qual o estímulo que provoca medo provavelmente não será perigoso e outros comportamentos seguros ou evitação não são necessários. Um princípio importante subjacente a esta terapia é o seu foco no “aqui e agora”, pois a forma como é iniciado um problema muitas vezes não é o mesmo do que mantê-lo.<sup>54</sup>

### **1.10.2.2 Terapias medicamentosas**

As abordagens farmacológicas para gerir pacientes ansiosos estão bem estabelecidos, como a analgesia relativa, sedação conscientes ou até mesmo a anestesia geral são exemplos de terapias medicamentosas bastante utilizadas. Estas terapias são utilizadas quando o paciente já se encontra com dor severa e também com a saúde oral comprometida devido ao atraso contínuo do tratamento devido ao medo.<sup>54</sup>

As benzodiazepinas têm um efeito ansiolítico que começa minutos após a sua aplicação por via oral ou parentérica, e além disso tem um bom histórico de segurança. Devido à depressão do SNC, o tratamento com estes fármacos pode ser associados à sedação, o que vai afetar as funções cognitivas e as habilidades de condução. As benzodiazepinas podem ser usadas em combinação com medicamentos serotoninérgicos durante as primeiras semanas de tratamento para diminuir a ansiedade, daí serem utilizadas no tratamento a curto prazo de ansiedade, como é o caso da ansiedade dentária.<sup>55</sup>

Num estudo publicado em 2009, foi avaliada a eficácia ansiolítica de uma dose única de pregabalina versus placebo em pacientes que são ansiosos perante o tratamento dentário. O Alprazolam foi incluído como comparador para validar a sensibilidade do ensaio. Os resultados obtidos neste estudo sugerem que o início do efeito ansiolítico ocorre nas primeiras 3-4 horas após uma única dose de pregabalina, mas os autores referem que a redução rápida de uma situação aguda de ansiedade, como é o caso da dentária, não é necessariamente o mesmo que o início precoce da eficácia ansiolítica no transtorno de ansiedade generalizado, por isso torna-se necessária ainda mais investigação.<sup>56</sup>

### **1.10.2.3 Sedação**

A ansiedade dentária é um factor importante a ser considerado na determinação da necessidade de sedação intravenosa, sendo esta utilizada em pacientes com graus muito elevados de ansiedade. A grande maioria das pessoas sente alguma ansiedade antes de um tratamento que nunca tenha realizado, como é o caso da extração de dentes, nomeadamente os do siso, pois trata-se de um procedimento invasivo, desconfortável que por vezes nos pacientes mais receosos requer sedação intravenosa ou até mesmo anestesia geral. Verificou-se que a sedação intravenosa é adequada para ser utilizada em pacientes com elevadas taxas de ansiedade, mas os pacientes preocupam-se com a dor associada com o cateterismo venoso para ser administrada a sedação. Um grande fator de extrema importância para a escolha de sedação intravenosa é a ansiedade dentária, apesar de para alguns pacientes a punção venosa ser extremamente dolorosa, o que pode causar mais dor e mais desconforto para o paciente. Os pacientes extremamente ansiosos ao serem submetidos ao cateterismo venoso, que é necessário para a realização da sedação podem estar a receber um estímulo para o aumento do medo.<sup>57</sup>

Num estudo publicado em 2013 e realizado no Japão, em 111 pacientes, verificou-se que estes antes de serem submetidos à sedação, parecem mais preocupados com o procedimento em si do que com os procedimentos para a sedação, como a punção venosa, mas a maior fonte de conforto para os pacientes extremamente ansiosos é o facto de estarem inconscientes e não terem qualquer memória ou recordarem-se do procedimento. Os autores deste estudo concluíram que o planeamento de sedação para pacientes extremamente ansiosos é um método eficaz e seguro para não agravar a ansiedade destes pacientes.<sup>57</sup>

### **1.11 Mecanismos Fisiológicos da ansiedade**

A anestesia que é por norma ao primeiro passo na maioria dos procedimentos dentários pode levar ao aumento da dor e do medo que vai desencadear uma série de mecanismos fisiológicos extremas oscilações na pressão sanguínea e no batimento cardíaco, podendo levar a complicações sérias como síncope vasovagal.<sup>57</sup>

# Capítulo 2

# Material e Métodos



## **2.1 Abordagem metodológica**

### **2.1.1 Solicitações para aplicação das escalas**

Para todos os questionários utilizados nesta monografia, foi solicitada a autorização aos respetivos autores que os validaram para a população Portuguesa.

## **2.2 Amostra**

A amostra utilizada para a realização desta monografia, é de conveniência, unicamente com o objetivo de facilitar o acesso, sendo constituída por 162 utentes da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa, de ambos os géneros e com idades compreendidas dos 15 anos de idade aos 85. Dos utentes inquiridos 98 são do sexo feminino, e 64 do sexo masculino.

## **2.3 Instrumentos**

### **2.3.1 Demográfico e Socioeconómico de Graffar**

Neste estudo foram controladas as seguintes variáveis: idade, sexo, concelho e nacionalidade. A idade foi registada em anos, o sexo em duas categorias, masculino ou feminino, os concelhos e distritos foram classificados de acordo com as nomenclaturas territoriais propostas pelo Instituto Nacional de Estatística.<sup>58</sup>

O índice sócioeconómico de Graffar<sup>59</sup> trata-se de uma classificação social internacional que se baseia em cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita, sendo cada um deles a avaliados numa escala de 1 a 5, sendo 1 a situação favorável e 5 a pior, depois soma-se o total dos 5 critérios. O valor que se obtém da soma corresponde à classe social do Individuo Classe I [5;9] pontos, Classe II [10;13] pontos, Classe III [14;17] pontos, Classe IV [18;21] pontos, e Classe V [22;25] pontos. Esta escala foi traduzida e adaptada para Portugal por Fausto Amaro.<sup>60</sup>

### **2.3.2 SF – 36 v2**

Este questionário avalia o estado de saúde geral, sendo constituído por 12

grupos de perguntas. É possível medir a percepção do estado de saúde e da qualidade de vida dos utentes da clínica.<sup>61</sup>

Este questionário é composto por 8 dimensões: Função Física, Desempenho Físico, Dor, Saúde Geral, Vitalidade, Função Social, Desempenho Emocional, Saúde Mental. A pontuação desta escala varia de 0 a 100.<sup>62</sup>

A Dimensão da Função Física pretende medir o impacto na qualidade de vida das limitações físicas, em situações como tomar banho ou vestir-se sozinho, praticar desportos mais exigentes ou até carregar sacos das compras, ajoelhar-se ou andar uma certa distância; o Desempenho Físico mede o impacto das limitações na saúde devidas a problemas físicos, tal como o Desempenho Emocional que vai medir o impacto das limitações em saúde devido a problemas emocionais; a dimensão da dor mede não só a intensidade e o desconforto causado pela dor mas também com esta interfere com o trabalho normal; a dimensão da Saúde Geral mede a compreensão holística da saúde, onde é englobada a saúde atual, a resistência à doença e o aspecto saudável; a dimensão Vitalidade contém os níveis de energia e de fadiga; a Função Social engloba a quantidade e qualidade das atividades sociais e qual o impacto dos problemas físicos e emocionais nas atividades anteriormente referidas; a Saúde Mental envolve os conceitos de ansiedade, depressão, perda de controlo comportamental ou emocional e bem estar psicológico.<sup>61</sup>

### **2.3.3 OHIP 14**

O OHIP14 trata-se de um questionário que avalia a saúde oral. O presente estudo, contribuiu para a validação desta escala em Portugal. Esta escala avalia o efeito das doenças orais e condições no funcionamento social, ou seja, mede o impacto da Saúde Oral na Qualidade de Vida. A versão original foi desenvolvida na Austrália por Slade e Spencer em 1993.<sup>63</sup>

### **2.3.4 MDAS**

Este instrumento, originalmente publicado por Humphris,<sup>64</sup> tem como objetivo medir a ansiedade dentária. Trata-se da evolução da escala DAS, pois corrige algumas das críticas apontadas, introduzindo o item referente à aplicação de

anestesia local injetável, pois o questionário original (DAS), não incluía este estímulo potencialmente ansiogénico. Com esta alteração a escala aumenta, passa a variar de 5 a 25, e também expande a definição operacional de ansiedade dentária, o que faz com que aumente a discriminação desta escala. Este instrumento também foi uniformizado para as cinco questões que são efectuadas, cada pergunta varia numa escala de cinco itens, desde *nada ansioso* a *extremamente ansioso*. Esta escala mede a ansiedade dentária de forma ordinal e unidimensional.<sup>65</sup>

A pontuação total deste questionário é calculada através da soma das pontuações de todos os itens, sendo 1 ansiedade baixa e 5 ansiedade alta. No total, quando a pontuação da escala dá 5, estamos perante um indivíduo com baixa ansiedade, quando se obtém um total de 25 estamos perante alta ansiedade. A mensuração é ordinal, apesar de os dados sejam mais comumente tratados como níveis intervalares, sendo pontuações iguais ou superiores a 19 indicadores de ansiedade fóbica. Pontuações maiores que 15 e inferiores a 19 são considerados ansiosos. Esta escala está validada para a população Portuguesa.<sup>65</sup>

### 2.3.5 DFS

O *Dental Fear Survey* foi validado para Portugal no ano de 2004, consistindo em 5 pontos com 20 perguntas, que vai medir a ansiedade dentária em três fatores. Esta escala tem como objetivo avaliar o evitamento da consulta dentária, sintomas fisiológicos durante a consulta e o medo de estímulos dentários específicos. A pontuação varia de 20 a 100, 20 significando ansiedade baixa e 100 ansiedade elevada.<sup>20</sup>

Este instrumento é de autoavaliação, sendo a sua versão original constituída por 27 itens, e depois reduzida para 20. Neste questionário são avaliadas 20 situações distintas relacionadas com a consulta de Medicina Dentária: os itens 1 e 2 referem-se ao evitamento da consulta; os de 3 a 7 correspondem a sinais auto-percepcionados de ativação fisiológica durante a consulta; os itens 8 a 19 equivalem a estímulos e procedimentos específicos em que é avaliado o medo, ansiedade ou desconforto, já o item 20 faculta uma classificação global do medo perante a consulta de Medicina Dentária. Todos os itens são classificados de 1 a 5 pontos, correspondendo nos itens de 1 a 7, o 1 a “nunca” e o 5 a “quase sempre”, Já

nos itens de 8 a 20, 1 corresponde a “nenhum medo” e 5 a “muito medo”. Esta escala permite analisar item a item de forma a detetar o medo induzido individualmente por cada estímulo.<sup>65</sup>

## 2.4 Análise Estatística

Os dados obtidos através da aplicação do questionário, foram submetidos um tratamento estatístico através do programa IBM SPSS<sup>®</sup> (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 21.0 (IBM Corporation, New York, USA) para *Macintosh*. O nível de significância utilizado para os testes de hipóteses foi de  $\alpha=0.05$ .

Em relação à descrição da amostra, as variáveis qualitativas são resumidas através de tabelas de frequências apresentando as suas frequências e percentagens apropriadas em cada categoria. No que respeita a variáveis quantitativas são resumidas usando a medianas, médias, mínimos, máximos e desvios padrão (DP) e são apresentadas como média  $\pm$  DP.

Para a análise dos fatores das escalas utilizou-se a Análise Fatorial pelo método das Componentes Principais com rotação Varimax e determinou-se a estatística de Kayser-Meyer-Olkin (KMO). A fidelidade das escalas e consistência interna dos fatores foram avaliadas através do Alpha de Cronbach.

A determinação das categorias da variável idade foram determinadas através do quartis desta variável, ficando esta variável agrupada em quatro intervalos. Não se utilizou a divisão por faixa etárias da OMS, pois as divisões ficariam muito heterogéneas, daí se ter adotado a divisão em quartis com uma dimensão amostral homogénea.

# Capítulo 3

# Resultados



### 3.1 Características da Amostra

Nesta secção efetua-se uma caracterização sociodemográfica da amostra sendo os resultados apresentados na Tabela 1. Observa-se que 60,5% eram do sexo feminino, a média de idades era  $43,0 \pm 18,5$  anos e quanto à escala de Graffar 42,6% pertenciam à classe IV, 23,9% à classe III e os restantes indivíduos distribuíam-se equitativamente entre as categorias 15 a 23 anos e 57 a 85 anos.

**Tabela 1 – Caracterização demográfica da amostra**

		N	%
Género	Masculino	64	39,5%
	Feminino	98	60,5%
Idade	15 - 23 anos	40	24,7%
	24 - 43 anos	44	27,2%
	44 - 56 anos	41	25,3%
	57 - 85 anos	37	22,8%
	Média $\pm$ DP	43,0 $\pm$ 18,5	
	Mediana (Mínimo - Máximo)	43 (15 - 85)	
Escala de Graffar	CLASSE II	26	16,8%
	CLASSE III	37	23,9%
	CLASSE IV	66	42,6%
	CLASSE V	26	16,8%
	Média $\pm$ DP	18,3 $\pm$ 4,2	
	Mediana (Mínimo - Máximo)	18 (11 - 29)	

A Tabela 2 mostra a distribuição geográfica da amostra, onde se observa que quase metade da mesma é de Viseu (48,1%) e que a uma parte dos outros concelhos de concelhos junto a Viseu.

**Tabela 2 – Caracterização Geográfica da amostra**

Concelho		
	N	%
Viseu	78	48,1
Mangualde	4	2,5
Nelas	9	5,6
Penacova	6	3,7
Mortágua	1	0,6
Mira	4	2,5
Satão	6	3,7
Valpaços	2	1,2
Celorico da Beira	4	2,5
Penalva do Castelo	1	0,6
Baião	1	0,6
Vagos	1	0,6
Mealhada	1	0,6
Santarém	1	0,6
Águeda	6	3,7
Abrantes	3	1,9
Bragança	2	1,2
Guarda	2	1,2
Fátima	1	0,6
Válido Aguiar da Beira	2	1,2
Moimenta da Beira	1	0,6
Trancoso	2	1,2
Sabugal	1	0,6
S. Pedro do Sul	3	1,9
Tondela	2	1,2
Ponte de Sor	3	1,9
Santa Comba Dão	1	0,6
Cinfães	1	0,6
Santa Maria da Feira	4	2,5
Caregal do Sal	1	0,6
Anadia	1	0,6
Sezures	1	0,6
Gouveia	1	0,6
Coimbra	1	0,6
Covilhã	2	1,2
Alcobaça	1	0,6
Lagoa	1	0,6
Total	162	100,0

A tabela 3 mostra as nacionalidades da amostra que é praticamente toda portuguesa.

**Tabela 3 – Caracterização das nacionalidades da amostra**

		Nacionalidade	
		N	%
Válido	Portuguesa	159	98,1
	Russa	1	0,6
	Brasileiro	1	0,6
	Alemã	1	0,6
	Total	162	100,0

### 3.2 Escala SF36 v2

Nesta secção efetua-se a análise psicométrica da escala SF36 v2. A análise fatorial apresenta um KMO muito elevado (0,925;  $\chi^2 = 5386,2$ ;  $p < .05$ ), tendo sido extraídos 6 fatores que explicam 73,0% da variância da escala SF36 v2 (Tabela 4). A escala apresenta níveis de fiabilidade elevados (Alpha de Cronbach = 0,943).

**Tabela 4 – Componentes e variância explicada da aplicação da Análise Fatorial à escala SF 36 v2**

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	16,0	44,5	44,5	16,0	44,5	44,5	7,0	19,5	19,5
2	4,5	12,6	57,1	4,5	12,6	57,1	6,1	16,8	36,3
3	2,0	5,5	62,6	2,0	5,5	62,6	5,3	14,6	51,0
4	1,6	4,6	67,2	1,6	4,6	67,2	3,7	10,2	61,2
5	1,0	2,9	70,1	1,0	2,9	70,1	3,1	8,7	69,9
6	1,0	2,9	73,0	1,0	2,9	73,0	1,1	3,1	73,0

Em relação às estatísticas descritivas das dimensões da escala SF 36 v2 (Tabela 5), constata-se que os níveis mais elevados de Qualidade de Vida são os apresentados nas dimensões Função Física ( $83,5 \pm 23,9$ ), Desempenho Físico ( $82,1$

$\pm 23,9$ ) e Desempenho Emocional ( $81,9 \pm 24,2$ ), enquanto os níveis mais baixos são apresentados na dimensão Funcionamento Social ( $49,5 \pm 9,5$ ).

**Tabela 5 – Estatísticas descritivas da escala SF 36 v2**

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	DP
<b>SF36 v2</b>	<b>70,1</b>	<b>73,6</b>	<b>92,00</b>	<b>21,6</b>	<b>15,7</b>
Função Física	83,5	95,0	100,0	0,0	23,9
Desempenho Físico	82,1	93,8	100,0	0,0	23,9
Dor	72,2	77,8	100,0	0,0	25,0
Saúde Geral	60,6	60,0	90,0	25,0	15,0
Vitalidade	60,5	62,5	100,0	0,0	21,2
Função Social	49,5	50,0	87,5	12,5	9,5
Desempenho Emocional	81,9	100,0	100,0	0,0	24,2
Saúde Mental	68,2	70,0	100,0	0,0	23,1

Na Tabela 6 são apresentados os resultados da escala SF 36 v2 segundo o género. Observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre o sexo masculino e o sexo feminino nas dimensões Vitalidade e Saúde Mental. Em ambos os casos a média da Qualidade de Vida percebida pelos indivíduos do sexo masculino é superior aos do sexo feminino.

**Tabela 6 – Estatísticas descritivas da escala SF 36 v2 segundo o género (teste t para amostras independentes)**

	Género				p
	Masculino		Feminino		
	Média	DP	Média	DP	
<b>SF36 v2</b>	<b>71,6</b>	<b>14,3</b>	<b>69,2</b>	<b>16,5</b>	<b>0,339</b>
Função Física	82,5	22,4	84,1	24,9	0,681
Desempenho Físico	81,2	24,8	82,8	23,4	0,673
Dor	73,1	24,6	71,5	25,4	0,701
Saúde Geral	62,0	14,2	59,7	15,5	0,344
Vitalidade	65,1	19,8	57,5	21,6	0,025*
Função Social	48,8	9,1	50,0	9,8	0,446
Desempenho Emocional	82,3	24,0	81,6	24,5	0,866
Saúde Mental	73,4	18,7	64,8	25,1	0,020*

\*  $p < .05$

Em relação à idade (Tabela 7), constatam-se diferenças estatisticamente ( $p < .05$ ) entre os grupos etários nas dimensões SF36 v2, Função Física, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral e Desempenho Emocional. Em todas estas dimensões os elementos com 57 ou mais anos de idade apresentam níveis médios significativamente inferiores de Qualidade de Vida.

**Tabela 7 – Estatísticas descritivas da escala SF 36 v2 segundo a idade (ANOVA)**

	Idade								P
	15 - 23 anos		24 - 43 anos		44 - 56 anos		57 - 85 anos		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
<b>SF36 v2</b>	<b>76,1</b>	<b>9,6</b>	<b>74,8</b>	<b>10,3</b>	<b>69,8</b>	<b>17,0</b>	<b>58,6</b>	<b>18,7</b>	<b>0,000*</b>
Função Física	96,3	9,0	91,3	16,3	83,5	20,8	60,3	29,2	0,000*
Desempenho Físico	91,9	13,1	89,1	17,8	81,3	24,2	64,4	29,1	0,000*
Dor	83,6	17,8	77,3	20,3	69,4	26,5	56,8	27,4	0,000*
Saúde Geral	65,6	12,3	62,3	12,1	60,5	16,4	53,5	16,9	0,003*
Vitalidade	61,3	20,5	65,8	15,8	60,8	22,7	53,2	24,5	0,066
Função Social	51,3	5,5	50,3	9,1	48,5	8,5	48,0	13,7	0,385
Desempenho Emocional	84,4	21,4	88,6	21,3	84,1	23,0	68,7	27,3	0,001*
Saúde Mental	70,4	18,4	70,9	21,3	67,7	26,5	63,4	25,6	0,462

\*  $p < .05$

Os resultados das estatísticas descritivas da escala SF 36 v2 e dimensões segundo as classes de Graffar são apresentadas na Tabela 8. Somente na dimensão Função Social não são observadas diferenças estatisticamente significativas ( $p \geq .05$ ) entre as categorias da escala de Graffar. Nas restantes dimensões os indivíduos pertencentes à classe V apresentam a Qualidade de Vida média significativamente inferior e a classe II apresentava os valores médios de Qualidade de Vida superiores.

**Tabela 8 – Estatísticas descritivas da escala SF 36 v2 segundo a escala de Graffar (ANOVA)**

	GRAFFAR								p
	CLASSE II		CLASSE III		CLASSE IV		CLASSE V		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
<b>SF36 v2</b>	<b>77,2</b>	<b>11,0</b>	<b>73,0</b>	<b>14,0</b>	<b>72,0</b>	<b>13,0</b>	<b>58,1</b>	<b>18,8</b>	<b>0,000*</b>
Função Física	91,5	13,1	89,2	19,0	85,1	22,2	68,5	30,7	0,001*
Desempenho Físico	92,1	13,4	83,3	23,2	87,3	19,9	62,7	26,5	0,000*
Dor Corporal	79,1	24,2	77,5	24,4	74,2	22,2	57,3	25,3	0,003*
Saúde Geral	63,8	14,1	62,6	14,9	62,1	13,5	52,3	16,3	0,012*
Vitalidade	69,5	17,5	64,2	21,0	59,9	19,7	52,4	24,4	0,021*
Função Social	47,6	7,9	50,0	9,3	51,1	7,8	50,5	12,5	0,418
Desempenho Emocional	92,9	13,3	84,2	24,8	86,2	19,9	60,6	26,8	0,000*
Saúde Mental	77,1	18,2	69,7	21,5	68,7	22,8	59,2	28,4	0,049*

\*  $p < .05$

### 3.3 Análise Escala DFS

Nesta secção efetua-se a análise psicométrica da escala DFS. A análise fatorial apresenta um KMO muito elevado (0,923;  $\chi^2 = 3444,11$ ;  $p < .05$ ), tendo sido extraídos 3 fatores que explicam 74,2% da variância da escala DFS (Tabela 9). A escala apresenta níveis de fiabilidade muito elevados (Alpha de Cronbach= 0,963).

**Tabela 9 – Componentes e variância explicada da aplicação da Análise Fatorial à escala DSF**

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	12,0	60,0	60,0	12,0	60,0	60,0	6,0	30,0	30,0
2	1,7	8,5	68,5	1,7	8,5	68,5	4,4	22,1	52,1
3	1,1	5,7	74,2	1,1	5,7	74,2	4,4	22,1	74,2

Quanto à estatística descritiva das dimensões da escala DSF (Tabela 10), constata-se que a média do score total da escala é  $37,0 \pm 17,1$ , sendo  $3,0 \pm 1,7$  na dimensão Evitamento da consulta,  $9,7 \pm 4,8$  na Ativação fisiológica durante a

consulta e  $22,3 \pm 10,7$  no fator Medo, ansiedade ou desconforto relacionados com estímulos e procedimentos específicos.

**Tabela 10 – Estatísticas descritivas da escala DSF**

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	DP
<b>Dental Fear Survey</b>	<b>37,0</b>	<b>32,5</b>	<b>94,0</b>	<b>20,0</b>	<b>17,1</b>
Evitamento da consulta	3,0	2,0	9,0	2,0	1,7
Ativação fisiológica durante a consulta	9,7	8,5	25,0	5,0	4,8
Medo, ansiedade ou desconforto relacionados com estímulos e procedimentos específicos	22,3	19,0	57,0	12,0	10,7

Na tabela 11 são apresentados as percentagens de resposta de cada pergunta individualmente da questão 1 à 7 do questionário DFS. A questão 3 que se pergunta *Quando submetido a tratamentos dentários, os meus músculos ficam tensos...* é a questão que mais pacientes relatam com que quase sempre acontece. Ao avaliarmos na totalidade a tabela verifica-se que a situação mais relatada pelos pacientes é que o coração bate mais depressa (DFS\_7).

**Tabela 11 – Escala DSF (Itens 1 a 7)**

	Nunca		Uma ou duas vezes		Algumas vezes		Frequentemente		Quase Sempre	
	Nunca	%	Nunca	%	Nunca	%	Nunca	%	Nunca	%
DFS_1	106	65,4%	20	12,3%	22	13,6%	7	4,3%	7	4,3%
DFS_2	131	80,9%	15	9,3%	13	8,0%	2	1,2%	1	0,6%
DFS_3	59	36,4%	44	27,2%	33	20,4%	13	8,0%	13	8,0%
DFS_4	71	43,8%	46	28,4%	28	17,3%	9	5,6%	8	4,9%
DFS_5	95	58,6%	34	21,0%	21	13,0%	6	3,7%	6	3,7%
DFS_6	102	63,0%	32	19,8%	14	8,6%	9	5,6%	5	3,1%
DFS_7	65	40,1%	51	31,5%	29	17,9%	10	6,2%	7	4,3%

A Tabela 12 mostra os resultados das restantes questões do questionário DFS. As situações mais causadoras de medo e ansiedade relatadas pelos pacientes são “ver a agulha da anestesia” e “sentir a injetar a agulha”. As situações “estar sentado na cadeira do dentista”, “sentir as vibrações da broca” e “fazer uma limpeza

aos dentes” são também outras situações em que maioria da amostra estudada mostra com sendo potenciadores de medo. A questão 20, mostra-nos os resultados gerais desta escala, onde se observa que 62,7% da amostra é ansiosa, mas só 6,2% é que é considerada fóbica.

**Tabela 12 – Escala DSF (Itens 8 a 20)**

	Nenhum		Um pouco		Algum		Bastante		Muito	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DFS_8	111	68,5%	26	16,0%	17	10,5%	4	2,5%	4	2,5%
DFS_9	119	73,5%	22	13,6%	12	7,4%	5	3,1%	4	2,5%
DFS_10	94	58,0%	44	27,2%	13	8,0%	5	3,1%	6	3,7%
DFS_11	75	46,3%	45	27,8%	24	14,8%	8	4,9%	10	6,2%
DFS_12	119	73,5%	24	14,8%	8	4,9%	6	3,7%	5	3,1%
DFS_13	117	72,2%	30	18,5%	4	2,5%	6	3,7%	5	3,1%
DFS_14	58	35,8%	39	24,1%	29	17,9%	16	9,9%	20	12,3%
DFS_15	47	29,0%	46	28,4%	22	13,6%	25	15,4%	22	13,6%
DFS_16	89	54,9%	34	21,0%	17	10,5%	12	7,4%	10	6,2%
DFS_17	81	50,0%	37	22,8%	23	14,2%	8	4,9%	13	8,0%
DFS_18	77	47,5%	41	25,3%	20	12,3%	13	8,0%	11	6,8%
DFS_19	80	49,4%	46	28,4%	23	14,2%	8	4,9%	5	3,1%
DFS_20	62	38,3%	58	35,8%	27	16,7%	5	3,1%	10	6,2%

Na Tabela 13 são apresentados os resultados da escala DFS segundo o género. Observa-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) entre o sexo masculino e o sexo feminino na dimensão Evitamento da consulta, em que o mesmo é significativamente superior no sexo feminino.

**Tabela 13 – Estatísticas descritivas da escala DSF segundo o género (teste t para amostras independentes)**

	Género				p
	Masculino		Feminino		
	Média	DP	Média	DP	
<b>Dental Fear Survey</b>	<b>35,1</b>	<b>17,1</b>	<b>38,2</b>	<b>17,1</b>	<b>0,254</b>
Evitamento da consulta	2,7	1,4	3,2	1,8	0,031*
Activação fisiológica durante a consulta	8,8	4,1	10,2	5,2	0,067
Medo, ansiedade ou desconforto relacionados com estímulos e procedimentos específicos	21,6	11,5	22,7	10,2	0,538

\*  $p < .05$

Em relação à escala DFS segundo a idade (Tabela 14), constatam-se não existência de quaisquer diferenças com significância estatística ( $p \geq .05$ ).

**Tabela 14 – Estatísticas descritivas da escala DSF segundo a idade (ANOVA)**

	Idade								p
	15 - 23 anos		24 - 43 anos		44 - 56 anos		57 - 85 anos		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
<b>Dental Fear Survey</b>	<b>37,2</b>	<b>18,0</b>	<b>38,3</b>	<b>17,6</b>	<b>40,3</b>	<b>19,4</b>	<b>31,4</b>	<b>11,1</b>	<b>0,122</b>
Evitamento da consulta	3,0	1,9	3,3	1,9	3,3	1,7	2,5	1,0	0,116
Activação fisiológica durante a consulta	9,9	5,2	9,6	4,4	10,5	5,5	8,5	3,8	0,333
Medo, ansiedade ou desconforto relacionados com estímulos e procedimentos específicos	22,3	11,1	23,3	11,3	24,3	11,9	18,8	7,2	0,125

Os resultados das estatísticas descritivas da escala DSF e dimensões segundo as classes de Graffar são apresentados na Tabela 15. Não se visualiza a existência de quaisquer diferenças com significância estatística ( $p \geq .05$ ) entre as classes da escala de Graffar.

**Tabela 15 – Estatísticas descritivas da escala DSF segundo a escala de Graffar (ANOVA)**

	GRAFFAR								p
	CLASSE II		CLASSE III		CLASSE IV		CLASSE V		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
<b>Dental Fear Survey</b>	<b>42,7</b>	<b>21,5</b>	<b>37,4</b>	<b>15,8</b>	<b>35,2</b>	<b>16,4</b>	<b>37,2</b>	<b>16,6</b>	<b>0,319</b>
Evitamento da consulta	3,6	2,0	3,2	1,8	2,8	1,6	3,0	1,6	0,187
Activação fisiológica durante a consulta	10,6	5,9	9,8	4,0	9,4	4,9	9,8	4,8	0,744
Medo, ansiedade ou desconforto relacionados com estímulos e procedimentos específicos	26,2	13,2	22,3	10,0	21,2	10,0	22,4	11,2	0,267

Analisando a associação da escala qualitativa DSF com as variáveis sociodemográficas (Tabela 16), somente não se observa a existência de qualquer associação estatisticamente significativa da escala DSF com as variáveis sociodemográficas ( $p \geq .05$ ).

**Tabela 16 – Escala DSF segundo as variáveis sociodemográficas (Teste do Qui-Quadrado)**

		DSF										p
		Nenhum		Um pouco		Algum		Bastante		Muito		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Genero	Masculino	29	45,3%	18	28,1%	11	17,2%	1	1,6%	5	7,8%	0,356
	Feminino	33	33,7%	40	40,8%	16	16,3%	4	4,1%	5	5,1%	
Idade	15 - 23 anos	14	35,0%	16	40,0%	5	12,5%	2	5,0%	3	7,5%	0,601
	24 - 43 anos	15	34,1%	16	36,4%	9	20,5%	1	2,3%	3	6,8%	
	44 - 56 anos	13	31,7%	14	34,1%	8	19,5%	2	4,9%	4	9,8%	
	57 - 85 anos	20	54,1%	12	32,4%	5	13,5%	0	0,0%	0	0,0%	
GRAFFAR	CLASSE II	8	30,8%	9	34,6%	4	15,4%	2	7,7%	3	11,5%	0,801
	CLASSE III	11	29,7%	15	40,5%	8	21,6%	0	0,0%	3	8,1%	
	CLASSE IV	29	43,9%	23	34,8%	9	13,6%	2	3,0%	3	4,5%	
	CLASSE V	9	34,6%	11	42,3%	4	15,4%	1	3,8%	1	3,8%	

No que respeita à correlação entre as escalas DSF e MDAS (Tabela 17), observa-se a existência de correlações muito elevadas e com significância estatística ( $p < .05$ ) entre a escala DEF e dimensões e a escala MDAS.

**Tabela 17 – Correlação de Pearson entre a escala DFS e as escalas SF 36 v2 e MDAS**

		SF36 v2	Função Física	Papel Físico	Dor Corporal	Saúde Geral	Vitalidade	Funcionamento Social	Papel Emocional	Saúde Mental	Modified Dental Anxiety Scale
<b>Dental Fear Survey</b>	r	-,121	-,009	-,028	-,124	-,204*	-,117	-,089	-,101	-,129	,904*
	p	,127	,913	,722	,117	,009	,140	,260	,203	,101	,000
Evitamento da consulta	r	-,055	,057	,026	-,045	-,101	-,067	-,124	-,096	-,106	,703*
	p	,486	,470	,738	,566	,199	,396	,116	,223	,179	,000
Ativação fisiológica durante a consulta	r	,160*	-,036	-,048	-,194*	-,230*	-,181*	-,022	-,066	-,181*	,756*
	p	,042	,649	,543	,014	,003	,021	,780	,402	,021	,000
Medo, ansiedade ou desconforto relacionados com estímulos e procedimentos específicos	r	-,108	-,012	-,030	-,098	-,188*	-,089	-,102	-,112	-,102	,900*
	p	,173	,877	,708	,217	,017	,259	,196	,155	,196	,000

\*  $p < .05$

### 3.4 Análise MDAS

Nesta secção efetua-se a análise psicométrica da escala MDAS. A análise fatorial apresenta um KMO elevado (0,824;  $\chi^2 = 628,82$ ;  $p < .05$ ), tendo sido extraídos 1 único fator que explicam 74,7% da variância da escala MDAS (Tabela 18). A escala apresenta níveis de fiabilidade muito elevados (Alpha de Cronbach = 0,911).

**Tabela 18 – Componentes e variância explicada da aplicação da Análise Fatorial à escala MDAS**

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	3,7	74,7	74,7	3,7	74,7	74,7

Quanto à estatística descritiva das dimensões da escala MDAS (Tabela 19) mostra que na única dimensão que tem um valor médio de  $9.7 \pm 4,6$ .

**Tabela 19 – Estatísticas descritivas da escala MDAS**

	Média	Mediana	Máximo	Mínimo	DP
<b>Modified Dental Anxiety Scale</b>	9,7	8,0	25,0	5,0	4,6

A tabela 20 mostra os resultados detalhados das respostas às 5 questões deste questionário. A questão 3 que se refere a “brocar um dente” e a questão 5 sobre a injeção de anestesia local são considerados para os pacientes as situações em que mais se sentem ansiosos.

**Tabela 20 – Escala MDAS**

	Nada Ansioso		Um pouco Ansioso		Moderadamente Ansioso		Muito Ansioso		Extremamente Ansioso	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
MDAS_1	96	59,3%	42	25,9%	12	7,4%	8	4,9%	4	2,5%
MDAS_2	89	54,9%	50	30,9%	11	6,8%	7	4,3%	5	3,1%
MDAS_3	53	32,7%	62	38,3%	27	16,7%	14	8,6%	6	3,7%
MDAS_4	81	50,0%	52	32,1%	14	8,6%	9	5,6%	6	3,7%
MDAS_5	45	27,8%	55	34,0%	26	16,0%	21	13,0%	15	9,3%

Nas Tabelas 21 a 22 são apresentados os resultados da escala MDAS segundo as variáveis sociodemográficas, não se constatando quaisquer diferenças estatisticamente significativas ( $p \geq .05$ ) entre o sexo masculino e o sexo feminino, entre as categorias e entre as categorias da escala de Graffar.

**Tabela 21 – Estatísticas descritivas da escala MDAS segundo o género (teste t para amostras independentes)**

	Género				p
	Masculino		Feminino		
	Média	DP	Média	DP	
Modified Dental Anxiety Scale	9,5	5,2	9,9	4,3	0,581

**Tabela 22 – Estatísticas descritivas da escala MDAS segundo a escala de Graffar (ANOVA)**

	GRAFFAR								p
	CLASSE II		CLASSE III		CLASSE IV		CLASSE V		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Modified Dental Anxiety Scale	10,9	5,6	10,1	5,0	9,3	4,2	9,5	4,5	0,472

Na Tabela 23 são apresentados os resultados da escala MDAS segundo a idade, não se constatando quaisquer diferenças estatisticamente significativas ( $p \geq .05$ )

**Tabela 23 – Estatísticas descritivas da escala MDAS segundo a idade (ANOVA)**

	Idade								p
	15 - 23 anos		24 - 43 anos		44 - 56 anos		57 - 85 anos		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	
Modified Dental Anxiety Scale	9,9	4,7	10,2	4,9	10,5	5,3	8,1	2,9	0,097

A tabela 24 mostra os resultados gerais da escala MDAS em que 13,6% da amostra é ansiosa e que desses 6,2% é que são muito ansiosos.

**Tabela 24 – Resultados Gerais Escala MDAS**

		N	%
MDAS	Sem Ansiedade	140	86,4%
	Ansioso	12	7,4%
	Muito Ansioso	10	6,2%
	Total	162	100,0%

Analisando a escala MDAS como categórica (Tabela 25), também observa-se somente uma associação estatisticamente significativa ( $p < .05$ ) entre a escala MDAS e a variáveis sexo, constatando-se que no sexo masculino há uma maior proporção de elementos sem qualquer ansiedade.

**Tabela 25 – Escala MDAS segundo as variáveis sociodemográficas (Teste do Qui-Quadrado)**

		MDAS						p
		Sem Ansiedade		Ansioso		Muito Ansioso		
		N	%	N	%	N	%	
Genero	Masculino	58	90,6%	0	0,0%	6	9,4%	0,007*
	Feminino	82	83,7%	12	12,2%	4	4,1%	
Idade	15 - 23 anos	35	87,5%	2	5,0%	3	7,5%	0,320
	24 - 43 anos	37	84,1%	4	9,1%	3	6,8%	
	44 - 56 anos	32	78,0%	5	12,2%	4	9,8%	
	57 - 85 anos	36	97,3%	1	2,7%	0	0,0%	
GRAFFAR	CLASSE II	20	76,9%	3	11,5%	3	11,5%	0,698
	CLASSE III	31	83,8%	3	8,1%	3	8,1%	
	CLASSE IV	59	89,4%	5	7,6%	2	3,0%	
	CLASSE V	23	88,5%	1	3,8%	2	7,7%	

\*  $p < .05$

A Tabela 26 apresenta os resultados da associação das variáveis DFS e MDAS, sendo ambas categóricas. Constata-se a existência de uma associação estatisticamente significativa ( $p < .05$ ) entre as escalas em que quanto menor a ansiedade a ansiedade na escala DFS menor a ansiedade na escala MDAS.

**Tabela 26 – Escala MDAS segundo a escala DFS (Teste do Qui-Quadrado)**

		MDAS						p
		Sem Ansiedade		Ansioso		Muito Ansioso		
		N	%	N	%	N	%	
DFS	Nenhum	62	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,000
	Um pouco	58	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	Algum	18	66,7%	8	29,6%	1	3,7%	
	Bastante	2	40,0%	2	40,0%	1	20,0%	
	Muito	0	0,0%	2	20,0%	8	80,0%	

A tabela 27 mostra a associação da escala MDAS e do SF36 v2, onde existe um valor significativo na dimensão Saúde Geral, que significa que quanto maior é a saúde geral menor é a ansiedade.

**Tabela 27 – Correlação de Pearson entre a escala MDAS e a escala SF 36 v2**

	SF36 v2	Função Física	Desempenho Físico	Dor	Saúde Geral	Vitalidade	Função Social	Desempenho Emocional	Saúde Mental	
<b>Modified Dental Anxiety Scale</b>	R	-,052	,056	,012	-,042	-,165*	-,019	-,121	-,085	-,090
	P	,508	,478	,881	,593	,035	,811	,127	,284	,255

\*  $p < .05$



# Capítulo 4

# Discussão



Para se avaliar a ansiedade dos pacientes, identificar e quantificar o nível de ansiedade dentária, surgiram instrumentos de avaliação, escalas que foram usadas para proceder à mensuração da ansiedade: o DFS e o MDAS. Estas escalas foram relacionadas com idade, género, classe socioeconómica (Escala Graffar) e qualidade de vida (Questionário SF36 v2), sendo todos os questionários validados para a população portuguesa. Foram aplicadas numa amostra recolhida aleatoriamente nos pacientes da Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu.

## 4.1 Consistência Interna

### 4.1.1 SF-36v2

O alfa de Cronbach obtido no SF26 v2 foi de 0,943, valor elevado.

Num estudo realizado em Portugal, em várias amostras de doentes com doenças autoimunes, do Centro Hospital do Porto - Hospital de Santo António, foi aplicado o questionário SF-36v2 em papel-caneta e em formato digital, sendo que no primeiro o alfa de Cronbach variou entre 0,627-0,954 e no segundo entre 0,647-0,939.<sup>66</sup>

No Reino Unido, numa amostra de 8801 pessoas foi obtido um alfa de Cronbach de 0,871, na validação desta escala referido no país.<sup>67</sup>

Como se pode verificar pelos valores obtidos noutros estudos, o alfa de Cronbach deste estudo é superior, logo o grau de fiabilidade do mesmo é muito elevado.

**Tabela 28 – Alfas de Cronbach do SF36-v2**

Presente estudo	Estudo em Portugal <sup>66</sup>	Versão inglesa <sup>67</sup>
0,943	0.627 a 0,954	0,871

#### 4.1.2 DFS

O alfa de Cronbach obtido na escala DFS foi muito elevado, sendo de 0,963. Segundo os dados de Lopes, na validação desta escala para a população portuguesa, realizada numa mostra constituída por 560 estudantes da Universidade de Coimbra dos cursos de Direito, Medicina e Administração Pública, os valor obtido é de 0.949.<sup>64</sup>

Mărginean e Filimon em 2011, validou a versão romena do DFS numa amostra de 198 participantes, obteve um alfa de Cronbach de 0,95.<sup>68</sup>

Na versão norueguesa, a validação foi realizada numa amostra de 290 participantes, sendo que 150 pacientes frequentam a clinica universitária especializada em medo dentário da Universidade de Bergen, a que acresceu um grupo de referência constituído por 160 pacientes de outras especialidades da universidade e obteve-se um alfa de Cronbach de 0.97.<sup>69</sup>

Coolidge em 2011, na Grécia, estudou duas amostras de pacientes, uma constituída por 195 pacientes de prática privada e outra com 41 pacientes de uma clinica universitária grega, da qual foi obtido uma consistência interna de 0,96 em ambas as amostras.<sup>70</sup>

Numa amostra de 374 estudantes universitários brasileiros da universidade de Piracicaba no estado de São Paulo foi validada a versão Brasileira do DSF e obteve-se um alfa de Cronbach de 0.95.<sup>71</sup>

Na versão Japonesa, foi realizado em 2009 a validação da escala DFS, na qual foi realizada duas vezes na mesma amostra com uma semana de intervalo e o alfa de Cronbach obtido foi de 0,94 e 0,96 respectivamente.<sup>72</sup>

Nos Estados Unidos da América foram aplicada duas versões do DFS, uma em inglês e outra em espanhol, a diferentes amostram recolhidas no estado de Washington, obtivera-se os seguintes resultados: dos participantes nas festividades comunitárias que falam inglês (n=136), o valor do alfa de Cronbach foi de 0,96; dos que falam espanhol (n=213) o valor foi de 0,95; dos estudantes universitários falantes em inglês (n=58) o valor obtido foi de 0,97; dos falantes em espanhol (n=31) o valor foi de 0,92; dos pacientes de uma clínica dentária que falam espanhol (n=100) obteve-se um alfa de 0,96.<sup>73</sup>

Com a análise de todos os estudos acima referidos, é possível inferir que a escala DFS aplicada no presente estudo tem excelentes níveis de fiabilidade, tal como acontece nos estudos supracitados.

**Tabela 29 – Alfas de Cronbach de diferentes países do DFS**

Presente estudo	Validação Versão Portuguesa <sup>64</sup>	Validação Versão Romena <sup>68</sup>	Validação Versão Norueguesa <sup>69</sup>	Validação Versão Grega <sup>70</sup>	Validação Versão Brasileira <sup>71</sup>	Validação Versão Japonesa <sup>72</sup>	Questionário nos EUA versão em espanhol vs inglesa <sup>73</sup>
0,96	0,949	0,95	0,97	0,96	0,95	0,94 e 0,96	0,92 a 0,97

#### 4.1.3 MDAS

O alfa de Cronbach obtido na escala MDAS foi elevado, sendo de 0,911.

Na validação da versão portuguesa foi realizada conjuntamente com a validação do DFS, obteve-se na mesma amostra um valor de fiabilidade de 0,871.<sup>65</sup>

O estudo referido, para validar o DFS para a população grega, foi realizado conjuntamente com a validação da escala MDAS, e na amostra de pacientes de clínicas privadas foi de 0,90 e na dos pacientes da universidade grega foi de 0,92.<sup>70</sup>

Na versão norueguesa deste questionário obteve-se um valor de fiabilidade de 0,89, numa amostra constituída por 723 noruegueses de três cidades diferentes com 25 anos de idade.<sup>74</sup>

A versão turca do MDAS, numa amostra de 442, obteve um alfa de Cronbach de 0,90.<sup>75</sup>

Na China, em Pequim, foi aplicado o questionário MDAS na língua local, numa amostra de 783 participantes conjuntamente com uma amostra de 468 na Inglaterra em inglês, obtendo-se um alfa de Cronbach de 0,74 e 0,86 respetivamente.<sup>76</sup>

Nos Estados Unidos da América, foi aplicado o questionário DFS conjuntamente com o MDAS, em inglês e em espanhol cujos participantes nas festividades comunitárias que falam inglês, o alfa de Cronbach obtido foi de 0,86, e que falam espanhol de 0,83; nos estudantes universitários falantes em inglês de

0,91, falantes em espanhol 0,85 e pacientes de uma clínica dentária que falam espanhol de 0,80.<sup>73</sup>

Após a análise de diferentes países conclui-se que o alfa de Cronbach obtido nestes estudos são idênticos ao de outros estudos e validações, independentemente da dimensão da amostra.

**Tabela 29 – Alfas de Cronbach de diferentes países do MDAS**

Presente estudo	Validação versão portuguesa <sup>64</sup>	Validação versão grega <sup>70</sup>	Validação versão norueguesa <sup>74</sup>	Validação versão turca <sup>75</sup>	Validação versão chinesa <sup>76</sup>	Questionário nos EUA versão em espanhol <sup>73</sup>
0,91	0,871	0,90 e 0,92	0,89	0,90	0,74 e 0,86	0,80 a 0,91

Qualquer das escalas utilizadas no presente estudo (SF36-v2, DFS e MDAS) mostram elevados níveis de fiabilidade e consistência interna. Isto significa que se podem utilizar-se na população em estudo.

#### 4.2 Análise Fatorial

Na validação da versão portuguesa<sup>65</sup> do DFS o KMO obtido foi de 0,946, e o MDAS foi de 0,830, sendo o valor do DFS obtido neste estudo inferior ao da validação (KMO=0,923 ) e o mesmo acontece com o MDAS (KMO=0,824).

#### 4.3 Análise dos Componentes da Escala SF36 v2

Ao analisar os resultados obtidos entre as oito dimensões esta escala verifica-se que nas dimensões Função Física, Desempenho Físico e Função Social a qualidade de vida nas mulheres é superior à dos homens, mas existem diferenças estatisticamente significativas nas Dimensões de Vitalidade e Saúde Mental em que a qualidade de vida é superior nos homens comparativamente às mulheres. Comparando este facto com o do estudo de Ribeiro,<sup>66</sup> é possível verificar que os homens têm sempre Qualidade de Vida superior à das mulheres, uma hipótese que

pode justificar esta diferença pode ser devido ao facto de o estudo de Ribeiro ter sido efetuado em pacientes homens em que os sintomas das doenças autoimunes poderiam menores do que nas mulheres.

Relacionando-se esta escala com as faixas etárias, é possível verificar que todas as dimensões diminuem à medida que aumenta a idade, sendo a Função Física que apresenta os valores mais elevados e os mais baixos Função Social. Estes dados mostram que quanto mais elevada é a idade menor é a qualidade de vida.

Quanto ao grau socioeconómico, há a registar variações relacionadas com as várias classes, pois varia por cada classe a dimensão mais elevada, na Classe II é o Desempenho Emocional, na Classe III e V é a Função Física, enquanto na Classe IV é o Desempenho Físico.

Quanto à dimensão mais baixa, esta é igual para todas as classes, o que mostra que independentemente da classe a Função Social é sempre a mais baixa.

#### 4.4 Análise dos Componentes da Escala DFS

Em termos gerais, após aplicação desta escala pode-se verificar que 61,7% da amostra é considerada ansiosa, sendo 6,2% muito ansiosa. Comparativamente ao estudo de Ferreira<sup>1</sup>, a percentagem de fóbicos muito inferior neste estudo do que no referido. O estudo de Ofori, realizado no Gana no ano de 2009, apresenta resultados mais baixos relativamente semelhante aos obtidos neste estudo.<sup>77</sup>

**Tabela 30 – Comparação entre vários resultados escala DFS**

DFS	Presente estudo	Estudo Ferreira <sup>1</sup> Portugal 2008	Estudo Ofori <sup>77</sup> Gana 2009
Ansiosos	61,7%	88%	47,3%
Muito Ansiosos	6,2%	24%	Não refere

Os questionários do presente estudo foram realizados maioritariamente antes das consultas de Prótese Removível e Prótese Fixa, outra parte antes das consultas de Dentisteria Operatória, podendo ser esta ser uma hipótese explicativa da baixa

ansiedade obtida em relação a outros estudos, o mesmo se aplica para os resultados obtidos pela escala MDAS.

Analisando, pergunta a pergunta, verifica-se que as situações relatadas pelos pacientes como as que remetem a estados de maior medo são “o ver a agulha” e “sentir a injetar a agulha” o que se verifica também no estudo de Ferreira<sup>1</sup>. Apesar de no estudo elaborado por Ferreira, comparativamente ao presente estudo observa-se que as percentagem de ansiedade são muito mais elevadas, o que se observa na percentagem geral de ansiedade. Importa salientar que as situações referidas como as causadoras de mais medo são as mesmas para ambos os estudos. Em suma, os pacientes da Clínica Universitária em Viseu são menos ansiosos do que os da Clínica Universitária da Universidade Fernando Pessoa. (Tabela 31)

**Tabela 31 – Comparação entre Perguntas presente estudo versus estudo Ferreira<sup>1</sup>**

DFS	Sem Medo		Pouco Medo		Medo		Muito Medo		Aterrorizado	
	Presente estudo	Estudo Ferreira								
Marcar Consulta	68,5%	6%	16%	34%	10,5%	42%	2,5%	16%	2,5%	2%
Aproximar do Consultório	73,5%	1,3%	13,6%	25,3%	7,4%	33,3%	3,1%	28%	2,5%	12%
Estar na Sala de espera	58%	0%	27,2%	20%	8%	28%	3,1%	28,7%	3,7%	23,3%
Estar na Cadeira do Dentista	46,3%	0%	27,8%	14,7%	14,8%	28,7%	4,9%	26,7%	6,2%	30%
Cheiro Consultório	73,5%	47,3%	14,8%	30,7%	4,9%	8,7%	3,7%	9,3%	3,1%	4,0%
Ver o dentista	72,2%	61,3%	18,5%	28,7%	2,5%	4,7%	3,7%	3,3%	3,1%	2%
Ver a agulha	<b>35,8%</b>	<b>1,3%</b>	<b>24,1%</b>	<b>10,7%</b>	<b>17,9%</b>	<b>29,3%</b>	<b>9,9%</b>	<b>18%</b>	<b>12,3%</b>	<b>40,7%</b>
Sentir a agulha	<b>29%</b>	<b>0%</b>	<b>28,4%</b>	<b>10%</b>	<b>13,6%</b>	<b>27,3%</b>	<b>15,4%</b>	<b>12,7%</b>	<b>13,6%</b>	<b>50%</b>
Ver a broca	54,9%	0,7%	21%	15,4%	10,5%	31,5%	7,4%	22,2%	6,2%	30,2%
Ouvir a broca	50%	0,7%	22,8%	14%	14,2%	25,3%	4,9%	20,7%	8%	39,3%
Sentir vibrações da broca	47,5%	0%	25,3%	13,3%	12,3%	27,3%	8%	19,3%	6,8%	40%
Fazer Limpeza	49,4%	2%	28,4%	36%	14,2%	33,3%	4,9%	18,7%	3,1%	10%
Medo Geral	38,3%	12%	35,8%	16,7%	16,7%	24%	3,1%	23,3%	6,2%	24%

Ao comparar-se esta escala com o género verifica-se que a ansiedade é ligeiramente mais elevada nas mulheres do que nos homens (não existem diferenças estatisticamente significativas), mas através da análise dos valores obtidos verifica-se que na dimensão evitamento da consulta existem valores estatisticamente significativos, que mostram que o sexo feminino evita mais consultas que o masculino o que vai ao encontro dos resultados obtidos neste estudo e noutros,<sup>65</sup> segundo os quais as mulheres são mais ansiosas do que os homens.

Com a análise desta escala comparativamente à idade, mostra-se que não há uniformidade, ou seja, conforme aumenta ou diminui a idade não existe um aumento ou diminuição do medo. Neste estudo foi observado que a faixa etária que apresenta mais medo está compreendida entre os 44 e os 56 anos e que a que apresenta menos está compreendida entre os 57 e os 85 anos.

Relacionando-se a escala de Graffar com a DFS, conclui-se que a classe mais ansiosa é a Classe II e a menos ansiosa é a IV.

#### **4.5 Análise dos Componentes da Escala MDAS**

Da amostra recolhida 86,4% dos pacientes são classificados como “sem ansiedade”, 7,4% como “ansiosos” e 6,2% “como muito ansiosos” e comparando com os resultados obtidos por Ferreira<sup>1</sup> há algumas diferenças, pois a percentagem de não fóbicos é muito superior. Num estudo realizado em 2012 em estudantes universitários numa universidade finlandesa, por Halonen, verificaram-se valores superiores aos obtidos no presente estudo.<sup>78</sup> O estudo de Humphris na Holanda não refere a percentagem de ansiosos, mas refere a de muito ansiosos que é superior à do presente estudo.<sup>79</sup> No de Marya<sup>47</sup> obtiveram-se resultados idênticos, sendo que só os fóbicos são menos. O estudo de Ofori, realizado no Gana no ano de 2009, apresenta resultados semelhante aos obtidos neste estudo.<sup>77</sup>

**Tabela 32 – Comparação entre vários resultados escala MDAS**

MDAS	Presente estudo	Estudo Ferreira <sup>1</sup> Portugal 2008	Estudo Halonen <sup>78</sup> Finlândia 2012	Estudo Humphris <sup>79</sup> Holanda 2011	Estudo Marya <sup>47</sup> Índia 2012	Estudo Ofori Gana <sup>77</sup> 2009
Ansioso	7,4%	24%	33,3%	Não refere	50,2%	8,2%
Muito Ansioso	6,2%	28,7%	11,3%	11,2%	4,38%	5,4%

Apesar de a amostra do presente estudo ser recolhida numa população de pacientes que frequentam a Clínica Universitária, o que acontece também no estudo de Ofori<sup>77</sup>, não existem diferenças significativas entre os resultados obtidos de ambos os estudos referidos. Poderá atribuir-se as diferenças entre os outros estudos ao facto amostras restritas a uma determinada característica, como é o caso do estudo de Halonen, que é realizado em estudantes Universitários.<sup>78</sup> Também como já referido anteriormente, os resultados do presente estudo foram realizados antes de consultas que por norma não são associadas a estados de maior ansiedade, sendo uma possível hipótese para justificar os resultados obtidos.

Ao analisar-se a escala com o género verifica-se que a ansiedade é ligeiramente mais elevada nas mulheres do que nos homens (apesar de não serem obtidas diferenças estatisticamente significativas), é observado noutros estudos<sup>47,65</sup>, que as mulheres são mais ansiosas do que os homens.

Com a análise desta escala comparativamente à idade mostra-se, tal como na análise DFS, que a faixa etária compreendida ente os 44 e os 56 anos é a mais ansiosa, ao passo que a menos ansiosa é a faixa compreendida entre os 57 e os 85 anos.

Relacionando-se a escala de Graffar com a MDAS, mostra-se que a classe com mais medo é a Classe II e a com menos é a IV, tal como nos resultados obtidos na DFS.

Ao realizar-se a correlação entre a escala MDAS e a SF36v2 conclui-se que quanto mais elevada é a ansiedade menor é a Qualidade de Vida.

#### **4.6 Resultados DFS e MDAS**

Ao compararmos as escalas observa-se que não existem diferenças entre ambas, ou seja, à medida que aumenta a ansiedade na DFS também aumenta na MDAS. A forma como as escalas são analisadas, faz com que exista uma grande discrepância entre a percentagem de ansiosos, mas os extremamente ansiosos são exatamente os mesmos em ambas as escalas, logo vai observa-se o que foi anteriormente dito.

#### **4.7 Análise da Correlação da escala SF36-v2, DFS e MDAS**

Ao se analisarem as três escalas verifica-se que quanto maior é o medo e a ansiedade, obtidos respectivamente pela análise da escala DFS e MDAS, menor é a Qualidade de Vida obtida pelo SF36 v2.

#### **4.8 Análise Escala Graffar**

Em suma, neste estudo obteve-se na aplicação da escala SF36 v2 que quanto menor é classe social (Classe V), menor é a qualidade de vida, mas na aplicação das escala de medição de medo e ansiedade dentária isto não se verifica. Como já referido anteriormente a classe com mais ansiosa é a Classe II e a menos ansiosa a Classe IV, apesar de não existirem diferenças estatisticamente significativas.

Num estudo realizado nos EUA em 2009, verifica-se o oposto do que ocorre no presente estudo. Este estudo mostra que os indivíduos com menores recursos financeiros, devido à falta de dinheiro/seguro de saúde não podem assegurar os custos de tratamento dentário, logo não recebem os cuidados necessários. Isto leva a que quando recorrem aos serviços de saúde a probabilidade de possuírem problemas dentários é muito grande e que venham posteriormente a causar nestes indivíduos ansiedade, sendo que esta também poderá aumentar devido à preocupação de custear o tratamento necessário.<sup>11</sup>

Através da comparação entre as escalas de Graffar obtidas no presente estudo com as do estudo de Ferreira<sup>1</sup>, observou-se que a classe sócioeconómica

mais elevada (Classe I) não surge neste estudo e no de Ferreira<sup>1</sup> não surge a Classe mais baixa (Classe V), com isto mostra que o poder económico dos pacientes que recorrem à Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu é menor do que os que recorrem a Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Universidade Fernando Pessoa no Porto.

#### **4.9 Análise Género e Idade**

Como já foi anteriormente referido em específico em cada escala, a ansiedade é maior nas mulheres do que nos homens. Isto foi observado no estudo de Humphris<sup>79</sup> em 2011, verificou o mesmo resultado de que as mulheres são mais ansiosas na generalidade do que os homens. Apesar de que no presente estudo nos extremos em ambas as escalas (DFS – Muito medo e MDAS - Muito ansioso), os homens têm percentagens ligeiramente maiores em relação às mulheres, o que já vem contradizer o estudo, anteriormente referido, em que se mantém na mesma os homens como menos ansiosos, nos resultados obtidos na escala DFS.

Para alguns autores, não existem diferenças significativas no sexo, mas outros afirmam que existe um elevado grau de ansiedade nas mulheres em relação ao dos homens, podendo ser devido ao elevado número de mulheres que responde aos questionários ou também explicado por serem mais livres de expressar os seus receios. As mulheres também admitem mais facilmente que têm medo e mais rapidamente começam o tratamento dentário em relação aos homens que por norma têm uma saúde oral mais precária.<sup>51</sup>

Como já foi referido anteriormente, não existem diferenças estatisticamente significativas entre as faixas etárias e o grau e ansiedade. Observa-se que o grupo etário compreendido entre os 44 e os 56 anos é o mais ansioso, o que vai de acordo com o que referido por alguns estudos de que a faixa etária mais ansiosa é entre a quarta e a quinta década de vida.<sup>51</sup>

# Capítulo 5

# Conclusões



Perante os resultados obtidos neste estudo, realizado na Clínica Universitária da Universidade Católica Portuguesa em Viseu e em comparação com outros estudos já publicados apresenta-se seguidamente as principais conclusões:

- 1 – A Qualidade de Vida no sexo masculino é superior;
- 2 – A Qualidade de Vida diminui consoante o aumento da idade;
- 3 – A Qualidade de Vida diminui conforme diminui o grau económico;
- 4 – Na amostra estudada, todas as escalas utilizadas apresentam elevados graus de fiabilidade;
- 5 – Ambas as Escalas aplicadas para avaliação de medo e ansiedade dentária mostram que as mulheres são ligeiramente mais ansiosas;
- 6 – A faixa etária compreendida entre os 44 e os 56 anos, em ambas as escalas é a mais ansiosa;
- 7 – Neste estudo verificou-se que quanto maior é a Qualidade de Vida menor é o medo e a ansiedade dentária;
- 8 – Com a aplicação da escala Graffar observou-se que uma parte significativa da amostra integra pessoas de classes económicas baixas;
- 9 – Com o presente estudo foi possível definir várias *guidelines*:
  - Identificar primeiramente quais os pacientes ansiosos;
  - Reduzir ao máximo o tempo de espera antes da consulta;
  - Aplicação de uma técnica anestésica eficaz;
  - Comunicar com os pacientes;
  - Explicar todo o procedimento ao paciente;
  - Reforçar a sensação de controlo do pacientes, explicar que pode pedir para parar o procedimento sempre que desejar;
  - Evitar mostrar ao paciente o material como a agulhas e brocas.

Quanto às limitações encontradas, neste estudo, foi a pouca adesão dos utentes da clínica a participarem no estudo, a falta de publicações em Portugal sobre este tema.

No futuro seria interessante realizar novamente este estudo e comparar os resultados obtidos, no presente estudo, com outro, e aplicar os questionários aos pacientes antes das consultas de cirurgia oral ou antes de procedimentos mais

complicados e verificar-se se a ansiedade aumenta ou mantém-se igual. Poder-se-á também aplicar outras escalas de medo e ansiedade dentária e verificar se o grau de ansiedade tende a aumentar ou a diminuir.

## Referências Bibliográficas

1. Ferreira M, Manso M, Gavinha S. Ansiedade e Fobia Dentária–Avaliação Psicométrica num Estudo Transversal. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial*. 2008;49(2):77–86.
2. Goulart J, Pinheiro M. Influence of anxiety on blood pressure and heart rate during dental treatment *Rev Odonto Cienc*. 2012;27(1):31–5.
3. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA RR. Ansiedade ao tratamento Odontológico no atendimento de rotina. *RGO*. 2006;2:111–4.
4. Góes MPS de, Domingues MC, Couto GBL, Barreira AK. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. *Odontologia Clínico-Científica*. 2010;9(1):39–44.
5. Possobon RDF, Carrascoza KC, Moraes ABA De, Costa Jr ÁL. O tratamento odontológico como gerador de ansiedade. *Psicologia em Estudo*. 2007;12(3):609–16.
6. Smith TA, Heaton LJ. Fear of dental care: are we making any progress? *J Am Dent Assoc*. 2003;134(8):1101–8.
7. Klingberg G, Broberg AG. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *Int J Paediatr Dent* 2007;17(6):391–406.
8. Astrøm AN, Skaret E, Haugejorden O. Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC oral health*. 2011;11(1):10.
9. Berggren U, Pierce CJ, Eli I. Characteristics of adult dentally fearful individuals. A cross-cultural study. *Eur J Oral Sci*. 2000;108(4):268–74.
10. Taani DQ. Dental attendance and anxiety among public and private school children in Jordan. *International dental journal*. 2002;52(1):25–9.
11. Hittner JB, Hemmo R. Psychosocial predictors of dental anxiety. *J Health Psychol*. 2009;14(1):53–9.
12. Scheutz F, Heidmann J. Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes. *Acta Odontol Scand*. 2001;59(4):201–11.

13. Sharif M. Dental anxiety: detection and management. *J Appl Oral Sci.* 2010;1998.
14. Bare LC, Dundes L. Strategies for combating dental anxiety. *J Dent Educ.* 2004 Nov;68(11):1172–7.
15. Maggiriias J, Locker D. Five-year incidence of dental anxiety in an adult population. *Community Dent Health.* 2002;19(3):173–9.
16. Maggiriias J, Locker D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2002;30(2):151–9.
17. Eli I, Uziel N, Baht R, Kleinhauz M. Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1997;25(3):233–7.
18. Levin RP. Helping your patients overcome dental phobia. *Compendium Contin Educ Dent.* 2003;24(1):8–10.
19. Abrahamsson KH, Berggren U, Hallberg L, Carlsson SG. Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scand J Caring Sci.* 2002;16(2):188–96.
20. Lopes P, Ponciano E, Pereira A. Psicometria da ansiedade dentária: Avaliação das características psicométricas de uma versão portuguesa do Dental Fear Survey. *Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial.* 2004;45(3):133–46.
21. Tavares de Sousa A. Curso de História da Medicina - Das Origens aos fins do Século XVI. 2ª Edição. Fundação Calouste Gulbenkian; 1996.
22. Sournia J-C. História da Medicina. Instituto Piaget; 1992.
23. Friedman M, Friedland GW. Grandes Descobertas da Medicina. Circulo de Leitores; 2002.
24. Dicionário enciclopédico da Psicologia. Lisboa: Edições Texto e Grafia, Lda; 2008.
25. Locker D. Psychosocial Consequences of Dental Fear and Anxiety. Munksgaard International Publishers. 2003;31:144–51.
26. Köchel A, Plichta MM, Schäfer A, Schöngassner F, Fallgatter AJ, Schienle A. Auditory symptom provocation in dental phobia: a near-infrared spectroscopy study. *Neurosc Lett.* 2011;503(1):48–51.

27. De Jongh A, Muris P, Schoenmakers N, Ter Horst G. Negative cognitions of dental phobics: reliability and validity of the dental cognitions questionnaire. *Behav Res Ther.* 1995;33(5):507–15.
28. Gleitman H, Fridlund AJ, Reisberg D. *Psicologia*. 8ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian - Serviço de Educação e Bolsas; 2009. p. 1073–86.
29. Smith FE, Coetzee RH. Diagnosis, management and operational impact of panic disorder in the UK Armed Forces. *J R Army Med Corps.* 2013;159(1):40–3.
30. Herrán A, Sierra-Biddle D. Relationship between personality traits and panic disorder. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41(1):27–32.
31. F.M. Oosterink, A. de Jongh JH. Prevalence of dental fear and phobia relative to other fear and phobia subtypes. *Eur J Oral Sci.* 2009;117:135–43.
32. Hmud R, Lj W. Dental anxiety: causes , complications and management approaches. *J Minim Interv Dent.* 2009;2(1):67–78.
33. Weiner AA, Sheehan D V. Etiology of dental anxiety: psychological trauma or CNS chemical imbalance? *Gen Dent.* 1990;38(1):39–43.
34. Locker D, Poulton R, Thomson WM. Psychological disorders and dental anxiety in a young adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001;29(6):456–63.
35. Weiner AA. *The Fearful Dental Patient: A Guide to Understanding an Managing.* Wiley-Blackwell; 2010.
36. De Jongh A, Ter Horst G. What do anxious patients think? An exploratory investigation of anxious dental patients' thoughts. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993;21(4):221–3.
37. Milgrom P, Mancl L, King B, Weinstein P. Origins of childhood dental fear. *Behav Res Ther.* 1995;33(3):313–9.
38. Vika M, Raadal M, Skaret E, Kvale G. Dental and medical injections: prevalence of self-reported problems among 18-yr-old subjects in Norway. *Eur J Oral Sci.* 2006;114(2):122–7.
39. Milgrom P, Coldwell SE, Getz T, Weinstein P, Ramsay DS. Four dimensions of fear of dental injections. *J Am Dent Assoc.* 1997;128(6):756–66.
40. Van Wijk AJ, Hoogstraten J. Anxiety and pain during dental injections. *J Dent.* 2009;37(9):700–4.

41. De Jongh A, Olf M, Van Hoolwerff H, Aartman IH a, Broekman B, Lindauer R, et al. Anxiety and post-traumatic stress symptoms following wisdom tooth removal. *Behav Res Ther.* 2008;46(12):1305–10.
42. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. Am Psyc Assoc. 2000;
43. Nicolas E, Collado V, Faulks D, Bullier B, Hennequin M. A national cross-sectional survey of dental anxiety in the French adult population. *BMC oral health.* 2007;7:12.
44. Brady P, Dickinson C, Whelton H. Dental Anxiety prevalence and surgery environment factors: a Questionnaire-based survey of attenders in Ireland. *SAAD Digest.* 2012;28:13–22.
45. Armfield J. The extent and nature of dental fear and phobia in Australia. *Aust Dent J.* 2010;55(4):368–77.
46. Santos PA, Campos JADB, Martins CS. Avaliação do Sentimento de Ansiedade frente ao atendimento odontológico. *Revista Uniara.* 2007;20:189–202.
47. Marya CM, Grover S, Jnaneshwar A, Pruthi N. Dental Anxiety among Patients Visiting a Dental Institute in Faridabad. *West Indian Med J.* 2012;61(2):187.
48. Vermaire JH, De Jongh A, Aartman IH a. Dental anxiety and quality of life: the effect of dental treatment. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2008;36(5):409–16.
49. Weiner A, Weinstein P. Dentists' knowledge, attitudes, and assessment practices in relation to fearful dental patients in relation to fearful dental patients: a pilot study. *Gen Dent.* 1995;43:164–8.
50. Armfield J, Spencer A, Stewart J. Dental fear in Australia: who's afraid of the dentist? *Aust Dent J.* 2006;51:78–85.
51. Álvarez ML, Rivero YC. Miedo, ansiedad y fobia al tratamiento estomatológico. *Humanidades Médicas.* 2006;(1).
52. Humphris GM, Dyer T a, Robinson PG. The modified dental anxiety scale: UK general public population norms in 2008 with further psychometrics and effects of age. *BMC Oral Health.* 2009;9:20.

53. Rozier RG, Horowitz AM, Podschun G. Dentist-patient communication techniques The results of a national survey. *J Am Dent Assoc.* 2011;5(142):518–30.
54. Newton T, Asimakopoulou K, Daly B, Scambler S, Scott S. The management of dental anxiety: time for a sense of proportion? *Br Dent J.* 2012;213(6):271–4.
55. Bandelow B, Sher L, Bunevicius R, Hollander E, Kasper S, Zohar J, et al. Guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder in primary care. *Inter J Psychiatry Clin Pract.* 2012;16(2):77–84.
56. Nutt D, Mandel F, Baldinetti F. Early onset anxiolytic efficacy after a single dose of pregabalin: double-blind, placebo- and active-comparator controlled evaluation using a dental anxiety model. *J Psychopharmacol.* 2009;23(8):867–73.
57. Seto M, Sakamoto Y, Takahashi H, Kita R, Kikuta T. Does planned intravenous sedation affect preoperative anxiety in patients?. *Inter J Oral and Maxillofac Surg;* 2013; 42(4):497–501.
58. Estatística IN de. Nomenclaturas territoriais: Designações e códigos. Portugal. 1998. Portugal; 1998.
59. Graffar M. Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population. *Courrier.* 1956;6(455).
60. Amaro F. Escala de Graffar. In A.B. Costa et al. (Eds.), *Curriculos Funcionais, IIE, II.* 1990;
61. Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 2003;21:15–30.
62. Ferreira P. Criação da versão portuguesa do MOS SF-36. Parte I--Adaptação cultural e linguística. *Acta Médica Portuguesa.* 2000;13:55–66.
63. Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dent Health.* 1994;11(1):3–11.
64. Humphris GM, Morrison T, Lindsay SJ. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health.* 1995;12(3):143–50.

65. Lopes P. Ansiedad en Medicina Dentaria: validación de versiones portuguesas del “Dental Fear Survey” y del “Modified Dental Anxiety Scale” en estudiantes de enseñanza superior (dissertação). Badajoz: Universidad de Extremadura; 2009.
66. Ribeiro C. Qualidade de Vida como indicador de Saúde na decisão terapêutica num serviço de imunologia clínica: um caso de estudo no Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António (dissertação). Santiago de Compostela: Faculdade de Medicina da Universidade de Santiago de Compostela; 2010.
67. Lloyd a. Assessment of the SF-36 version 2 in the United Kingdom. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53(10):651–2.
68. Mărginean I, Filimon L. Dental Fear Survey : a validation study on the romanian Population. *J Psych Educ*. 2011;19(1):124–38
69. Kvale G, Berg E, Nilsen C. Validation of the dental fear scale and the dental belief survey in a Norwegian sample. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1997;25:160–4
70. Coolidge T, Arapostathis KN, Emmanouil D, Dabarakis N, Patrikiou A, Economides N, et al. Psychometric properties of Greek versions of the Modified Corah Dental Anxiety Scale (MDAS) and the Dental Fear Survey (DFS). *BMC Oral Health*. 2008;8:29.
71. Cesar J, De Moraes a B, Milgrom P, Kleinknecht R a. Cross validation of a Brazilian version of the Dental Fear Survey. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1993;21(3):148–50
72. Yoshida T, Milgrom P, Mori Y, Nakai Y, Kaji M, Shimono T, et al. Reliability and cross-cultural validity of a Japanese version of the Dental Fear Survey. *BMC Oral Health*. 2009;9:17
73. Coolidge T, Chambers M a, Garcia LJ, Heaton LJ, Coldwell SE. Psychometric properties of Spanish-language adult dental fear measures. *BMC Oral Health*. 2008;8:15
74. Haugejorden O, Klock KS. Avoidance of dental visits: the predictive validity of three dental anxiety scales. *Acta odontol Scand*. 2000;58(6):255–9
75. Tunc EP, Firat D, Onur OD, Sar V. Reliability and validity of the Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) in a Turkish population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005;33(5):357–62

76. Yuan S, Freeman R, Lahti S, Lloyd-Williams F, Humphris G. Some psychometric properties of the Chinese version of the Modified Dental Anxiety Scale with cross validation. *Health Qual Life Outcomes*. 2008;6:22
77. Ofori M a, Adu-Ababio F, Nyako E a., Ndanu T a. Prevalence of dental fear and anxiety amongst patients in selected dental clinics in Ghana. *Health Educ J*. 2009;68(2):130–9
78. Halonen H, Salo T, Hakko H, Räsänen P. Association of dental anxiety to personality traits in a general population sample of Finnish University students. *Acta odontol Scand*. 2012;70(2):96–100.
79. Humphris G, King K. The prevalence of dental anxiety across previous distressing experiences. *J Anxiety Disord*. 2011;25(2):232–6.



# Apêndices





Ao Clínico da Clínica Dentária  
Universitária – Universidade Católica  
Portuguesa

Exmo Prof Doutor Rui Amaral Mendes,

**Cláudia Patrícia de Campos Ribeiro**, na qualidade de Orientador Responsável, do Estudo de Investigação intitulado ***Ansiedade Dentária: Uma Questão de Saúde Pública e Qualidade de Vida – Estudo de caso no âmbito da dissertação para obtenção do grau de Mestre da orientanda Ana Lúcia Moleiro Lopes***, venho por este meio, solicitar a autorização da recolha de dados na Clínica Dentária Universitária – Universidade Católica Portuguesa, serviço onde o estudo será realizado.

Na qualidade de orientador responsável declaro assumir a liderança científica do estudo supra citado, de acordo com os meios apresentados e as normas internas da Instituição.

Solicita-se ainda respectiva autorização para apresentação dos resultados e eventual publicação, tornar público o nome da Instituição, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados e com as normas internas da Instituição.

Orientador responsável,

---

A discente,

---

Viseu, 13 de Março de 2012





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA  
CENTRO REGIONAL DAS BEIRAS  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

---

### CONSENTIMENTO INFORMADO

#### ANSIEDADE DENTÁRIA: UMA QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA E QUALIDADE DE VIDA – ESTUDO DE CASO

Eu, abaixo-assinado \_\_\_\_\_.

Fui informado, pelo investigador responsável e/ou clínico responsável, de que o estudo de investigação acima mencionado se destina a avaliar a ansiedade dentária e a Qualidade de Vida geral dos utentes da Clínica Universitária. Serão feitas várias perguntas sobre diferentes aspetos da minha vida: pessoal, saúde física, vida emocional, Saúde Oral. Terei que responder em formato de papel, sozinho, caso me sinta capaz, ou com ajuda de um auxiliar da instituição.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais e que será mantido o anonimato.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no estudo acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do participante no estudo.

Assinatura \_\_\_\_\_ Data [\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_].

Nome do investigador responsável

Assinatura \_\_\_\_\_ Data [\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_].



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

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

Genero: M  F

Concelho: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

## ÍNDICE DE GRAFFAR

Índice económico

Por favor, responda, colocando um X

### SITUAÇÃO LABORAL

- Por conta de outrem
- Por conta própria
- Profissão liberal
- Desempregado
- Reformado
- Estudante

### 1- PROFISSÃO

- Directores de bancos
- Directores técnicos de empresas
- Licenciados
- Engenheiros
- Profissionais com títulos universitários
- Militares de alta patente

- Chefes de secções administrativas
- Chefes de negócios de grandes empresas
- Sub-directores de bancos
- Peritos e técnicos

- Adjuntos técnicos
- Desenhadores
- Caixeiros
- Contramestres
- Oficiais de primeira
- Encarregados
- Capatazes
- Mestres de obras

- Jornaleiros
- Mandaretes
- Ajudantes de cozinha
- Empregadas de limpeza

- Motoristas
- Polícias
- Cozinheiros

- Agricultores

## **2- NÍVEL DE INSTRUÇÃO**

- Ensino universitário ou equivalente
- Ensino médio ou técnico superior
- Ensino médio ou técnico inferior
- Ensino primário completo
- Ensino primário incompleto

## **3- FONTES DE RENDIMENTO**

- A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida
- Os rendimentos consistem em lucros de empresa (altos honorários/lugares bem remunerados)
- Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo
- Os rendimentos resultam de salários
- Beneficência pública ou privada (exclui-se subsídio de desemprego ou de incapacidade para o trabalho)

## **5 – RESIDENCIA ACTUAL**

- Casa própria ou de família
- Lares
- Pensões
- Sem residência fixa

## **6- CONFORTO DO ALOJAMENTO**

- Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto.
- Casas ou andares que sem serem luxuosos são espaçosos e confortáveis
- Casas ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminados, arejados, com cozinha e casa-de-banho.
- Categoria intermédia entre 3 e 5
- Barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, sem ventilação, ou onde moram demasiadas pessoas.

## **7- ZONA RESIDENCIAL**

- Zona residencial elegante, onde o valor do terreno ou os alugueres são elevados
- Zona residencial boa, de ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas
- Categoria intermédia entre 2 e 4
- Ruas comerciais estreitas ou antigas, com casas de aspecto menos cuidado
- Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está muito diminuído.

# A Sua Saúde e Bem-Estar

As perguntas que se seguem pedem-lhe a sua opinião sobre a sua saúde. Esta informação nos ajudará a saber como se sente, e como é capaz de desempenhar as actividades habituais. *Obrigado por responder a este questionário!*

Para cada uma das seguintes perguntas, por favor marque X uma na caixa que melhor descreve sua resposta

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Excelente	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2. Comparando com há um ano atrás, como classificaria o seu estado geral de saúde actual?

Muito melhor agora que há um ano atrás	Um pouco melhor que há um ano atrás	Aproximadamente igual há um ano atrás	Um pouco pior que há um ano atrás	Muito pior que há um ano atrás
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que pode executar no seu dia-a-dia. Será que a sua saúde actual o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
▼	▼	▼

- |   |                            |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. <u>Actividades vigorosas</u> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos árduos .....          | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| b. <u>Actividades moderadas</u> , tais como deslocar uma mesa, aspirar a casa, andar de bicicleta, ou nadar ..... | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| c. Levantar ou carregar as compras de mercearia .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| d. Subir <u>vários</u> lanços de escada .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| e. Subir <u>um</u> lanço de escadas .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| g. Andar <u>mais de 1 km</u> .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| h. Andar <u>algumas centenas de metros</u> .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| i. Andar <u>cem metros</u> .....  | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a .....   | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |

4. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Diminuiu o <u>tempo</u> gasto a trabalhar, ou noutras actividades .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. <u>Realizou menos</u> do que queria.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Sentiu-se limitado/a no <u>tipo</u> de trabalho ou outras actividades .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Teve <u>dificuldade</u> em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço) .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante as últimas 4 semanas, quanto tempo teve algum dos problemas apresentados a seguir com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Diminuiu o <u>tempo</u> gasto a trabalhar, ou noutras actividades .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. <u>Realizou menos</u> do que queria.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Realizou o trabalho ou outras actividades de forma <u>menos cuidadosa que o habitual</u> .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a sua família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. Durante as últimas 4 semanas, quanta dor no corpo teve?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas durante as últimas 4 semanas. Para cada pergunta, por favor dê a resposta que melhor descreva a forma como se sentiu. Quanto tempo, durante as últimas 4 semanas...

	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca	
	▼	▼	▼	▼	▼	
a	Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
b	Se sentiu muito nervoso/a? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
c	Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
d	Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
e	Teve muita energia?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
f	Sentiu-se triste e deprimido? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
g	Se sentiu estafado/a?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
h	Se sentiu feliz?.....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5
i	Se sentiu cansado/a? .....	<input type="checkbox"/> 1.....	<input type="checkbox"/> 2.....	<input type="checkbox"/> 3.....	<input type="checkbox"/> 4.....	<input type="checkbox"/> 5

10. Durante as últimas 4 semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Por favor, diga em que medida são VERDADEIRAS ou FALSAS cada uma das seguintes afirmações para si.

	Absolutamente verdade	Bastante verdade	Não sei	Bastante falso	Absolutamente falso
	▼	▼	▼	▼	▼
a	Parece que adoço mais facilmente do que os outros.....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b	Sou tão saudável quanto qualquer outra pessoa .....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c	Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d	A minha saúde é excelente .....				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## 12. Durante a última semana ...

	Sempre	A maior parte do tempo	Bastante tempo	Algum tempo	Pouco tempo
	▼	▼	▼	▼	▼
a. Senti a boca seca.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Incharam-me as pernas e/ou os pés	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Senti-me limitado para realizar as minhas actividades					
de vida diária .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Senti dores de cabeça .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Senti dores no peito .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. Senti dores no estômago .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. Senti dificuldades em respirar .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. Senti falta de força muscular .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j. Senti perda de apetite .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l. Senti dificuldade em dormir.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
m. Senti dificuldade em pensar .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
n. Pensei com prazer no que pode acontecer					
no futuro .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
o. Senti que a minha vida vale a pena ser					
vívda .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
p. Senti-me satisfeito com a minha vida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
q. Tive a cabeça cheia de preocupações...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
r. Senti dificuldade em pensar em aceitar					
a minha aparência .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## ORAL HEALTH IMPACT PROFILE (OHIP-14)

Com as perguntas deste questionário pretende-se saber até que ponto as dificuldades com os seus dentes, boca ou prótese dentária causaram problemas na sua vida diária. Agradecemos que preenchesse o questionário mesmo que tenha uma boa saúde oral. Gostaríamos de saber com que frequência, no último mês, teve cada um dos problemas que a seguir lhe apresentamos.

Cada pergunta refere-se a um problema dentário específico. Pense numa pergunta de cada vez e faça uma cruz na opção de resposta que indica com que frequência teve esse problema no último mês.

	Quase sempre	Algumas vezes	Poucas vezes	Raramente	Nunca	Não sei	Não se aplica
1. Teve dificuldade em pronunciar alguma palavra por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>						
2. Sentiu que o seu paladar piorou por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>						
3. Teve dores na sua boca?	<input type="checkbox"/>						
4. Sentiu desconforto a comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>						
5. Tem-se sentido pouco à vontade por causa dos seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>						
6. Sentiu-se tenso por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>						
7. Já deixou de comer algum alimento por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>						
8. Teve de interromper refeições por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese?	<input type="checkbox"/>						
9. Sentiu dificuldade em relaxar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>						
10. Tem-se sentido um pouco envergonhado por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>						
11. Tem sido menos tolerante ou paciente com o(a) seu(sua) companheiro(a) ou família por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>						
12. Teve dificuldade em realizar as suas actividades habituais por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>						
13. Sentiu-se menos satisfeito com a vida em geral por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>						
14. Tem sido totalmente incapaz de funcionar por causa de problemas com os seus dentes, boca ou prótese dentária?	<input type="checkbox"/>						

# Dental Fear Survey e Dental Anxiety Scale

Os itens deste questionário referem-se a várias situações, sentimentos e reacções relacionadas com o tratamento dentário. Por favor, avalie o seu sentimento ou reacção a estes itens, fazendo um círculo à volta do número (1, 2, 3, 4, 5) ou da categoria que melhor corresponda sua reacção

1. O medo de ser submetido(a) a tratamento dentário já fez com que adiasse o acto de marcar a consulta?

1	2	3	4	5
nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

2. O medo de ser submetido(a) a tratamento dentário já fez com que desmarcasse ou faltasse a alguma consulta?

1	2	3	4	5
nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

**Quando submetido a tratamento dentário:**

3. Os meus músculos ficam tensos...

1	2	3	4	5
nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

4. A minha respiração acelera...

1	2	3	4	5
nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

5. Sinto-me suado...

1	2	3	4	5
nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

6. Sinto-me como se tivesse "borboletas" no estômago...

1	2	3	4	5
nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

7. O meu coração bate mais depressa...

1	2	3	4	5
nunca	uma ou duas vezes	algumas vezes	frequentemente	quase sempre

Apresenta-se em baixo uma lista de coisas e situações que muitas pessoas referem como sendo causadoras de medo ou ansiedade. *Por favor, avalie o grau de medo, ansiedade ou desconforto que cada um destes itens lhe suscita. Assinale com um X no local apropriado (se ajudar, tente imaginar-se em cada uma destas situações e descreva a forma como habitualmente reagiria)*

	nenhum	um pouco	algum	bastante	muito
8. Marcar uma consulta para o dentista...	_____	_____	_____	_____	_____
9. Aproximar-se do consultório dentário...	_____	_____	_____	_____	_____
10. Estar sentado na sala de espera...	_____	_____	_____	_____	_____
11. Estar sentado na cadeira do dentista...	_____	_____	_____	_____	_____
12. O cheiro do consultório dentário...	_____	_____	_____	_____	_____
13. Ver o dentista a entrar...	_____	_____	_____	_____	_____
14. Ver a agulha da anestesia...	_____	_____	_____	_____	_____
15. Sentir a injectar a agulha...	_____	_____	_____	_____	_____
16. Ver a broca...	_____	_____	_____	_____	_____
17. Ouvir a broca...	_____	_____	_____	_____	_____
18. Sentir as vibrações da broca...	_____	_____	_____	_____	_____
19. Fazer uma limpeza aos dentes...	_____	_____	_____	_____	_____
20. Considerando todos estes pontos, qual é o grau de medo que tem de que lhe executem tratamentos dentários?	_____	_____	_____	_____	_____

# MDAS

de Humphris, Morrison e Lindsay

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



