

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

Flávia Adriane da Silva Corrêa

**ANSIEDADE DE RESPONSÁVEIS POR PACIENTES COM
DEFICIÊNCIA FRENTE AO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO DE SEUS FILHOS**

RIO DE JANEIRO
2020

FLÁVIA ADRIANE DA SILVA CORRÊA

**ANSIEDADE DE RESPONSÁVEIS POR PACIENTES COM
DEFICIÊNCIA FRENTE AO ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO DE SEUS FILHOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos para a obtenção do título Mestre em Clínica Odontológica.

Orientadora: Prof^a Dr^a Gloria Fernanda Barbosa de Araújo Castro

RIO DE JANEIRO
2020

FICHA CATALOGRÁFICA

CC824a Corrêa, Flávia Adriane da Silva
ANSIEDADE DE RESPONSÁVEIS POR PACIENTES COM
DEFICIÊNCIA FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE
SEUS FILHOS / Flávia Adriane da Silva Corrêa. -Rio
de Janeiro, 2020.
54 f.

Orientadora: Gloria Fernanda Barbosa de Araújo
Castro.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Faculdade de Odontologia, Programa
de Mestrado Profissional em Clínica Odontológica,
2020.

1. Ansiedade . 2. Pessoas com deficiência. 3.
Medo de dentista. 4. Assistência odontológica. I.
Castro, Gloria Fernanda Barbosa de Araújo, orient.
II. Título.

FLÁVIA ADRIANE DA SILVA CORRÊA

ANSIEDADE DE RESPONSÁVEIS POR PACIENTES COM DEFICIÊNCIA
FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DOS SEUS FILHOS

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Clínica
Odontológica, da Faculdade de
Odontologia, da Universidade Federal do
Rio de Janeiro, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre.

Aprovada em: _____ de _____ de 2020.

Gloria Fernanda Barbosa de Araújo Castro

Márcia Pereira Alves dos Santos

Michele Machado Lenzi da Silva

DEDICATÓRIA

Às minhas filhas ***Valentina*** e ***Anabel***,
A maior razão da minha felicidade!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pela permissão, amor infinito, graça e misericórdia!

Aos meus pais, **José Carlos e Guaraciara**, que com tanto amor me criaram, são minha fortaleza, meu exemplo e minha segurança!

Ao meu companheiro **Moisés**, pela paciência e atenção às nossas filhas e à nossa casa sempre e nos meus momentos de ausência pelos estudos!

Ao meu comandante, Diretor Geral de Odontologia do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro, Coronel BM **Luiz Henrique Schwartz Tavares**, por ter permitido que eu fizesse o mestrado, sempre pensando no aprimoramento científico do efetivo de dentistas da minha amada corporação. Ao senhor, minha vibrante continência!

À minha orientadora **Glória Fernanda Barbosa de Araújo Castro**, por toda a cordialidade, carinho e atenção à mim sempre dispensadas nos momentos em que precisei, e por todos os ensinamentos acadêmicos tão valiosos que sem eles seria muito mais difícil chegar até aqui.

Às professoras da minha banca examinadora, por prontamente aceitarem fazer parte dela, contribuindo tanto com meu trabalho.

Aos professores do Mestrado Profissional em Clínica Odontológica que com todo o seu conhecimento tanto contribuíram para o meu novo despertar para o mundo acadêmico.

Aos colegas de turma, especialmente às mestrandas que se tornaram minhas amigas e fizeram toda esta jornada ficar mais leve e divertida: **Ana Miceli, Beatriz, Danielle, Jacqueline, Juliana, Luciana, Márcia e Natália**. Obrigada, meninas!

À minha eterna comandante Coronel BM **Alcidnar Queirolo**, pelo incentivo, carinho e apoio que tanto precisei no momento da decisão em fazer o mestrado e em vários outros momentos críticos deste caminho! À Senhora, também, minha efusiva continência!

E por último, e não por isso menos importante, agradeço à minha querida amiga de longa data Capitão BM **Márcia Alves**, pela inspiração, incentivo e carinho de sempre.

***“Não há infortúnio maior
do que esperar o infortúnio”***

Pedro Barca

RESUMO

CORRÊA, Flávia Adriane da Silva. ***Ansiedade de responsáveis por pacientes com deficiência frente ao atendimento odontológico dos seus filhos***. Rio de Janeiro, 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Clínica Odontológica) – Programa de Pós Graduação em Clínica odontológica, Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

A ansiedade do responsável pode ser um fator determinante na ansiedade infantil durante a prática odontológica, levando a criança a apresentar comportamentos não colaborativos. Objetivou-se identificar a ansiedade dos responsáveis de pacientes com deficiência – Grupo 1 (G1) - atendidos na FOUFRJ, diante do tratamento odontológico de seus filhos, sua relação com Traço e Estado de ansiedade e com o comportamento na consulta, comparando com responsáveis de pacientes sem deficiência – Grupo 2 (G2). 128 responsáveis (64 do G1 e 64 do G2) responderam a 3 questionários: 2 validados (Escala de Ansiedade Odontológica (DAS) e Inventário de Ansiedade Traço/Estado) e o terceiro criado pela autora para coleta de dados pessoais e relacionados a percepção de ansiedade frente ao atendimento odontológico do filho (Kappa = 0,96). A maioria do G1 (93,79%) e do G2 (90,63%) era do sexo feminino, com média de idade similar. O comportamento negativo foi mais frequente no G1 com 31,2% contra 9,49% no G2 ($p=0,002$, Qui²). Ansiedade na 1ª consulta foi relatada em 54,7% no G1 e 48,4% no G2, tendo essa persistindo nas consultas posteriores em 20% do G1, no qual teve médias de DAS ($p=0,002$) e Estado ($p=0,001$) maiores nos mais ansiosos; e em 19,6% do G2, com maiores média de Estado ($p=0,02$) nos mais ansiosos. O comportamento ruim não foi relacionado a maiores valores DAS, Traço ou Estado, mas, nos que permanecem ansiosos, 63,6% das crianças tiveram

comportamento ruim no G1 contra 15,4% no G2 ($p=0,033$). Responsáveis por pacientes com e sem deficiência apresentam ansiedade odontológica semelhante, no entanto a presença de um comportamento ruim está relacionada a ansiedade de responsáveis apenas no grupo dos pacientes com deficiência.

PALAVRAS- CHAVE: ANSIEDADE. MEDO DE DENTISTA. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA.

ABSTRACT

CORRÊA, Flávia Adriane da Silva. *Anxiety in caregivers of children with disabilities about their dental care*. Rio de Janeiro, 2020. Master Thesis (Professional Master's degree in Dental Clinic) - Postgraduate Program in Dental Clinic, School of Dentistry, Federal University of Rio de Janeiro

The caregiver's anxiety can be a determining factor in childhood anxiety during dental practice, leading the child to exhibit non-collaborative behaviors. The objective of this study was to identify the anxiety of those caregivers of patients with disabilities - Group 1 (G1) - treated at the School of Dentistry of the Federal University of Rio de Janeiro, about their children's dental treatment, the relationship with Trait and State anxiety, and with the behavior at the appointment, comparing it with caregivers of non-disabled patients - Group 2 (G2). 128 guardians (64 from G1 and 64 from G2) answered three questionnaires: two validated (Dental Anxiety Scale (DAS) and State-Trait Anxiety Inventory) and the third created by the author to collect personal and related data about the perception of anxiety regarding the child's dental care (Kappa = 0.96). The majority of G1 (93.79%) and G2 (90.63%) were female, with a similar mean age. The negative behavior was more frequent in G1 with 31.2% against 9.49% in G2 ($p = 0.002$, Qui²). Anxiety in the first visit was reported in 54.7% in G1 and 48.4% in G2, persisting in subsequent visits in 20% of G1, in which the mean DAS ($p = 0.002$) and State ($p = 0.001$) was higher in the more anxious; and in 19.6% of G2, with the highest mean State ($p = 0.02$) in the most anxious. The bad behavior was not related to higher DAS, Trait or State values, but in those who remain anxious, 63.6% of the children had a bad behavior in G1 versus 15.4% in G2 ($p = 0.033$). Caregivers for patients with and without disabilities

have similar dental anxiety; however, the presence of a bad behavior is related to the anxiety of the parents of patients with disabilities.

KEYWORDS: ANXIETY. DENTAL ANXIETY. DISABLED PEOPLE. DENTAL CARE.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características da amostra
Tabela 2	Médias de DAS, Traço e Estado nos grupos
Tabela 3	Médias de DAS, Traço e Estado de quem continua com medo/ansiedade versus quem não tem mais medo/ansiedade em ambos os grupos e médias de DAS, Traço e Estado nas pessoas que disseram ter medo de dentista versus pessoas que disseram não ter

LISTA DE ABREVIATURAS

DAS	<i>Dental anxiety Scale</i>
PNE	Paciente com Necessidade Especial
PcD	Paciente com Deficiência
IADH	International Association for Disability and Oral Health
IDATE	Inventário de Ansiedade Traço-Estado
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
FOUFRJ	Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
TCLE	Termo de consentimento Livre e esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	15
2. DESENVOLVIMENTO.....	22
ARTIGO: ANSIEDADE DE RESPONSÁVEIS POR PACIENTES COM DEFICIÊNCIA FRENTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DOS SEUS FILHOS	
3. TABELAS.....	49
TABELA 1.....	49
TABELA 2.....	50
TABELA 3.....	51
4. CONCLUSÃO.....	52
5. REFERÊNCIAS	53
6. APÊNDICES.....	57
APÊNDICE 1.....	57
APÊNDICE 2.....	58
APÊNDICE 3.....	60
7. ANEXOS.....	63
ANEXO 1.....	63
ANEXO 2.....	65

1. INTRODUÇÃO

O paciente com deficiência (PcD), antes chamado de paciente com necessidades especiais (PNE), pode ser definido como um indivíduo que apresenta uma alteração ou condição, de natureza simples ou complexa, manifestação momentânea ou permanente, de etiologia biológica, física, mental, social e/ou comportamental (CAMPOS ET AL, 2009). O Censo Demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Pesquisa e Estatística mostrou que 23,9% da população brasileira possui algum tipo de deficiência (IBGE, 2010).

A International Association for Disability and Oral Health (IADH) classifica os distúrbios desse grupo de pessoas em defeitos físicos e congênitos, déficits intelectuais, deficiências sensoriais, desvios de comportamento e sociais, doenças sistêmicas crônicas, distúrbios endócrino metabólicos e condições fisiológicas especiais como possíveis alterações presentes em PcD (SANTOS; HADDAD, 2003). No Brasil, os tipos de deficiência estão categorizados no Decreto lei nº 5.296/2004 como: deficiência física, auditiva, visual, mental (atualmente intelectual, função cognitiva) e múltipla, que é a associação de mais de um tipo de deficiência (BRASIL, 2004). BOYLE et al (2011) relatam que os avanços tecnológicos nos diversos âmbitos têm garantido um aumento considerável na expectativa , levando a um aumento desses indivíduos na população mundial.

Mesmo com todo o avanço tecnológico da odontologia, os pacientes com deficiência continuam a experimentar doenças bucais com alta prevalência de doença periodontal, cárie e extrações dentárias (DA SILVA et al, 2013; FAKER et al, 2016). Isto se deve a maior dificuldade na manutenção de bons níveis de saúde bucal devido tanto ao comprometimento físico e/ou mental quanto às barreiras

sociais que estes pacientes enfrentam (CARVALHO; ARAÚJO, 2004). Devido às suas limitações, muitas vezes esses pacientes não podem ser submetidos a uma situação odontológica convencional. (BRASIL, 2006). É comum que sejam observadas nesta população mais lesões de cárie não tratadas, mais doença periodontal, pior estado de higiene oral, maior necessidade de extrações, retenção prolongada de dentes decíduos, supranumerários, má oclusão ou alinhamento inadequado dos dentes (ALTUN et al), macroglossia, bruxismo e disfunção mastigatória (WALDAMAN; SWERDLOFF; PERLMAN, 1998; FAULKS; HENNEQUIN, 2000).

O grau de comprometimento entre indivíduos com deficiência é variável e, com isso, suas capacidades de realização de tarefas cotidianas são condizentes com seu estágio do desenvolvimento. (LIU, 2009) Em função dos acometimentos sistêmicos, das características específicas de cada doença e das diferenças físico-químicas e morfológicas em relação aos pacientes considerados normais, as alterações orais são consideradas como um dos principais problemas para indivíduos com deficiência, seja por sua condição motora e/ou mental. (PINI; FROHLICH; RIGO, 2016; GONÇALVES, 2012)

É frequente que PcDs com comprometimento neurológico consumam fármacos como sedativos, ansiolíticos e antiepiléticos, que apresentam açúcar na sua formulação e que podem reduzir o fluxo salivar, o que pode levar a xerostomia e hiperplasia gengival (FAULKS; HENNEQUIN, 2000). O acúmulo de açúcar nos dentes e língua provenientes dos medicamentos e de uma dieta rica em alimentos pastosos e pegajosos cuja remoção requer certa destreza, pode desencadear acúmulo de biofilme, colonizado por bactérias cariogênicas, e conseqüentemente

processos de desmineralização do esmalte/dentina (DOUGALL; FISKE, 2008; FAULKS; HENNEQUIN, 2000) A falta de coordenação motora de muitos desses pacientes para o manuseio da escova de dente ou mesmo a dificuldade de compreensão da importância de manter uma higiene oral adequada e de assimilação das técnicas de higiene sugere que os pais/cuidadores sejam os responsáveis para toda a vida pela conservação da saúde oral dos seus filhos (FAULKS; HENNEQUIN, 2000; YEGANEGI; TANDON, 2008; JENG, 2009).

Estudos confirmam que este grupo específico de indivíduos têm acesso limitado ao tratamento dentário e por isso apresentam a saúde oral mais comprometida quando comparados com a população em geral (WINTER; BACCAGLINI; TOMAR, 2008; KONERU; SIGAL, 2009). CANÇADO et al. (2003), dizem que o tratamento odontológico do paciente com necessidades especiais deve ser iniciado precocemente, assim que a sua condição sistêmica seja avaliada mediante uma abordagem multidisciplinar.

Embora a chegada de uma criança seja um evento de grande importância para toda a família, onde são criadas grandes expectativas, a notícia de que a criança apresenta diagnóstico relacionado a alguma deficiência pode ser um grande impacto. Os pais experimentam sentimentos como: perda do filho ideal ou filho perfeito, impotência, auto culpa, incredulidade, rejeição, ansiedade, estresse e depressão (AL-FARSI et al, 2016). Além disso, a necessidade de adaptação, controle e tratamento da condição da criança com deficiência implica em constantes visitas a médicos e especialistas e a quantidade de informação a ser assimilada pela família é muito grande, o que justifica episódios de insegurança, culpa, tristeza, ansiedade, preocupação, depressão, medo e vergonha. Em função desses

sentimentos o estresse parental é bastante observado (PANIAGUA, 2004; MATSUKURA et al, 2007).

A ansiedade e o medo frente ao tratamento odontológico continuam comuns em crianças e adultos, o que pode significar uma barreira para a atenção odontológica, dificultando os cuidados regulares da saúde bucal (GOES et al, 2010). O impacto do medo, da ansiedade e da fobia frente ao tratamento odontológico tem sido objeto de vários estudos. (GOES et al, 2010; FOLAYAN; IDEHEN; OJO, 2004; MEIRA et al, 2009; BRANDENBURG; MARINHO-CASANOVA, 2013; OLIVEIRA, 2012). Eles podem ser explicados por experiências pessoais desagradáveis vivenciadas no consultório odontológico ou em ambiente semelhante, transmitidas por pessoas do meio familiar ou através dos meios de comunicação (LIU, 2009). A ansiedade odontológica é definida como apreensão anormal provocada pelo medo de ir ao dentista, levando a um comportamento angustiado causado principalmente pela expectativa de dor (YEGANEHI; TANDON, 2008). A literatura mostra que um alto nível de ansiedade odontológica tem forte correlação positiva com um alto nível de outras comorbidades como fobias, depressão, transtornos do humor, ansiedade e outros transtornos psiquiátricos e sintomas. (FAULKS; HENNEQUIN, 2000). A ansiedade materna e/ou do responsável pode ser um fator determinante na ansiedade infantil durante a prática odontológica, o que pode levar a criança a apresentar comportamentos não colaborativos (FOLAYAN; IDEHEN; OJO, 2004; MEIRA et al, 2009; JONHSON; BALDWIN, 1968).

Segundo CASTILLO (2000), a ansiedade é um sentimento de medo vago e desagradável, caracterizado por um desconforto ou tensão, derivado de uma antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. BAPTISTA ET AL.(2005)

consideram que o medo é quando existe um estímulo desencadeador externo óbvio que provoca comportamento de fuga e evitação, enquanto que a ansiedade é um estado emocional aversivo sem desencadeadores claros que, obviamente, não podem ser evitados. Os transtornos de ansiedade são os tipos mais frequentes de transtornos mentais, com uma taxa de prevalência de até 30% entre adolescentes e jovens adultos, acontecendo duas a três vezes mais no gênero feminino (ASSELMANN; BEESDO-BAUM, 2015; COSTA, 2019).

SPIELBERGER et al (1970) classificaram a ansiedade em Traço e Estado. O Traço de ansiedade é relativo a diferenças individuais estáveis e respostas comportamentais, com diferenças na tendência a reagir a situações consideradas ameaçadoras pelo indivíduo. É encontrado em indivíduos particularmente mais sensíveis a estímulos e psicologicamente mais reativos (PINHO et al, 2017). Já o Estado de ansiedade é caracterizado como um estado emocional momentâneo, relacionado a tensão e apreensão, percebido de forma consciente e com aumento de atividade do sistema nervoso autônomo com sintomas como sudorese e dores abdominais (BIAGGIO, 1977). Identificar a presença de ansiedade nos pacientes e responsáveis é extremamente válido quando pensamos no controle do medo odontológico dentro do planejamento do tratamento.

Para a avaliação da presença de Traço ou Estado de ansiedade, SPIELBERGER (1970) desenvolveu o Inventário de Ansiedade Traço-Estado. A escala de Traço pode ser usada como um instrumento de pesquisa para selecionar indivíduos que variam quanto à tendência para reagir à tensão psicológica com diferentes graus de intensidade de Estado de ansiedade (BIAGGIO, 1977). Trata-se de um questionário auto aplicável contendo duas escalas diferentes para avaliar a ansiedade Traço e ansiedade Estado. No estudo de PINHO et al (2017), maiores

níveis de ansiedade odontológica foram encontrados entre cuidadores de pacientes com deficiência que apresentaram um nível mais alto de ansiedade traço.). Portanto, a avaliação da presença de ansiedade Traço ou estado pode ser preditora de ansiedade ou medo odontológicos, tanto nos pacientes quanto em seus cuidadores.

A origem do medo odontológico, segundo KLATCHOIAN (1993), está centralizada nas experiências passadas do próprio paciente ou relatadas ao paciente; e nos medos vindos da infância, através da mãe ou de pessoas que cuidaram da criança. Ocorre muitas vezes pela transferência da ansiedade dos responsáveis para os pacientes, seja em forma de ameaça, por exemplo: “Se você não se comportar, vai doer muito” ou preparando a criança de modo que ela sofra por antecipação como se o tratamento fosse algo nocivo (KLATCHOIAN, 1993). Isto nos alerta sobre a influência que a família exerce sobre a percepção das crianças em relação ao atendimento odontológico e como isso pode influenciar no comportamento destas durante a consulta.

Com a necessidade de tratamento ou acompanhamento precoce dos PcDs, e considerando o fato de que seus cuidadores podem, devido à ansiedade odontológica, postergar a ida ao dentista (piorando o quadro de saúde oral do paciente) ou piorar o comportamento do paciente durante o atendimento, torna-se de extrema importância a identificação desta ansiedade, para possíveis ações no sentido de conscientização dos pais e de redução de stress odontológico. O objetivo deste estudo foi, portanto, verificar se de fato os responsáveis tem algum tipo de ansiedade enquanto seus filhos com deficiências estão submetidos ao atendimento odontológico, assim como investigar se existe uma correlação direta

disto com o comportamento da criança na consulta, comparando com pais de pacientes sem deficiência.

2. DESENVOLVIMENTO

ARTIGO

ANSIEDADE DE RESPONSÁVEIS POR PACIENTES COM DEFICIÊNCIA FRENTE O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO DOS SEUS FILHOS

Corrêa FAS¹, Cotrim JM¹, Gárate KMS¹, Brasil MAA², Castro GFBA¹

¹Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro

²Departamento de Psiquiatria Clínica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro

Autor correspondente:

Glória Fernanda Barbosa de Araújo Castro

Departamento de Odontopediatria e Ortodontia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro Av. Carlos Chagas Filho 373, Prédio do CCS, Bloco K, 2º andar. Ilha da Cidade Universitária, Rio de Janeiro/RJ. 21.941-902.

Phone: E-mail: gloriafbacastro@yahoo.com.br

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar a ansiedade dos Responsáveis de pacientes com deficiência – Grupo 1 (G1) - atendidos na Clínica de Odontopediatria da UFRJ, diante do tratamento odontológico de seus filhos, sua relação com Traço e Estado de ansiedade e com o comportamento na consulta, comparando com Responsáveis de pacientes sem deficiência – Grupo 2 (G2). Um total de 128 responsáveis, sendo 64 do grupo do G1 e 64 do G2, responderam a três questionários: dois validados (Escala de Ansiedade Odontológica (DAS) e Inventário de Ansiedade Traço/Estado) e o terceiro criado pela autora, com perguntas abertas e fechadas, para coleta de dados pessoais e relacionados a percepção de ansiedade frente ao atendimento odontológico de seu filho (Kappa = 0,96). A maioria do G1 (93,79%) e do G2 (90,63%) era do sexo feminino, com média de idade similar (G1 $44,64 \pm 12,52$; G2 $35,8 \pm 10,0$) ($p=0,08$). 79,69% eram mães no G1 contra 73,4% no outro grupo, sendo a ocupação “do lar” a mais frequente em ambos os grupos. O comportamento negativo foi mais frequente no G1 com 31,2% contra 9,49% no G2 ($p=0,002$, Qui²). As médias de DAS, traço e estado não foram significativamente diferentes entre os grupos. Foram observadas correlações positivas entre o DAS x Estado (G1 $R=0,45$ e G2 $R=0,47$; $p=0,000$) e Das x Traço ($p=0,02$ e $R=0,29$ no G1; $p=0,004$ e $R=0,35$ no G2) em ambos os grupos. Sentir ansiedade na 1ª consulta odontológica foi relatada em 54,7% no G1 e 48,4% no G2, tendo essa persistindo nas consultas posteriores em 20% do G1, no qual teve médias de DAS ($p=0,002$) e Estado ($p=0,001$) maiores nos mais ansiosos; e em 19,6% do G2, com maiores média de Estado ($p=0,02$) nos mais ansiosos. O comportamento ruim não foi relacionado a maiores valores DAS, Traço ou Estado,

No entanto, no grupo de pais que afirmaram continuar ansiosos na consulta da entrevista, 63,6% das crianças tiveram comportamento ruim no G1 contra 15,4% no G2 ($p=0,033$). Responsáveis por pacientes com e sem deficiência apresentam ansiedade odontológica semelhante, no entanto a presença de um comportamento ruim faz aumentar a ansiedade de responsáveis apenas no grupo dos pacientes com deficiência.

PALAVRAS- CHAVE: Ansiedade. Medo de dentista. Pessoas com deficiência. Assistência odontológica.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the anxiety of the caregivers of patients with disabilities (Group 1- G1) treated at the Children's Dental Clinic at Federal University of Rio de Janeiro, about their children's dental treatment, the relationship with Trait and State anxiety and with behavior in the appointment, comparing with those responsible for patients without disabilities (Group 2 - G2). 128 guardians, 64 from G1 and 64 from G2, answered three questionnaires: two validated (Dental Anxiety Scale (DAS) and State-Trait Anxiety Inventory) and the third created by the author to collect personal data and data related to the perception of anxiety regarding the dental care of their child (Kappa = 0.96). The majority of G1 (93.79%) and G2 (90.63%) were female, with a similar mean age (G1 44.64 ± 12.52 ; G2 35.8 ± 10.0) ($p = 0.08$). 79.69% were mothers in G1 compared to 73.4% in the other group, with "home" occupation being the most frequent in both groups. The negative behavior was more frequent in G1 with 31.2% against 9.49% in G2 ($p = 0.002$, Qui²). DAS, Trait and State means were not significantly different between groups. Positive correlations were observed between DAS x State (G1 $R = 0.45$ and G2 $R = 0.47$; $p = 0.000$) and Das x Trait ($p = 0.02$ and $R = 0.29$ in G1; $p = 0.004$ and $R = 0.35$ in G2) in both groups. Anxiety in the first visit was reported in 54.7% in G1 and 48.4% in G2, persisting in subsequent visits in 20% of G1, in which the DAS mean ($p = 0.002$) and State ($p = 0.001$) was higher in the more anxious; and in 19.6% of G2, with the highest State mean ($p = 0.02$) in the most anxious. The bad behavior was not related to higher DAS, Trait or State values. However, in the group of parents who said they were still anxious in the interview appointment, 63.6% of the children had a bad behavior in G1, against 15.4% in G2 ($p = 0.033$). Caregivers for patients

with and without disabilities have similar dental anxiety; however, the presence of a bad behavior is related to the anxiety of those parents only in the group of patients with disabilities.

KEYWORDS: Anxiety. Dental Anxiety. Disabled people. Dental care.

INTRODUÇÃO

Mesmo com todo o avanço tecnológico da odontologia, pacientes com deficiência continuam a experimentar doenças bucais, com alta prevalência de doença periodontal, cárie e extrações dentárias (1,2). Estudos confirmam que este grupo específico de indivíduos têm acesso limitado ao tratamento dentário e por isso apresentam a saúde oral mais comprometida quando comparados com a população em geral (3-6). Este acesso limitado provavelmente acontece por dificuldade de transporte/locomoção e pela dificuldade em encontrar profissionais especializados CANÇADO et al. 2003, dizem que o tratamento odontológico do paciente com necessidades especiais deve ser iniciado precocemente, assim que a sua condição sistêmica seja avaliada mediante uma abordagem multidisciplinar (7).

Embora a chegada de uma criança seja um evento de grande importância para toda a família, a notícia de que a criança apresenta diagnóstico relacionado a alguma deficiência pode ser um grande impacto. Os pais experimentam sentimentos como: perda do filho ideal ou filho perfeito, impotência, auto culpa, incredulidade, rejeição, ansiedade, estresse e depressão (8). Além disso, a necessidade de adaptação, controle e tratamento da condição da criança com deficiência implica em constantes visitas a médicos e especialistas e a quantidade de informação a ser assimilada pela família é muito grande, o que justifica episódios de insegurança, culpa, tristeza, ansiedade, preocupação, depressão, medo e vergonha. Em função desses sentimentos o estresse parental é bastante observado (9,10).

A ansiedade e o medo frente ao tratamento odontológico continuam comuns em crianças e adultos, inclusive naqueles com deficiências, o que pode significar uma barreira para a atenção odontológica, dificultando os cuidados regulares da saúde bucal (11). A origem do medo odontológico, segundo KLATCHOIAN (1993), está centralizada nas experiências passadas do próprio paciente, ou relatadas ao paciente; e nos medos vindos da infância, através da mãe ou de pessoas que cuidaram da criança. A ansiedade materna e/ou do responsável pode ser um fator determinante na ansiedade infantil durante a prática odontológica, o que pode levar a criança a apresentar comportamentos não colaborativos (13,14,15). A avaliação da presença de ansiedade pode ser portanto, preditora do medo odontológico, tanto nos pacientes quanto em seus cuidadores.

SPILBERGER ET AL. (1970) classificaram a ansiedade em Traço e Estado (16). O Traço de ansiedade é relativo a diferenças individuais estáveis e respostas comportamentais, com diferenças na tendência a reagir a situações consideradas ameaçadoras pelo indivíduo. É encontrado em indivíduos particularmente mais sensíveis a estímulos e psicologicamente mais reativos (17). Já o Estado de ansiedade é caracterizado como um estado emocional momentâneo, relacionado a tensão e apreensão, percebido de forma consciente e com aumento de atividade do sistema nervoso autônomo com sintomas como sudorese e dores abdominais (18). PINHO et al (2017), encontraram maiores níveis de ansiedade dentária entre cuidadores de pacientes com deficiência que apresentaram um nível mais alto de ansiedade traço (17).

Com a necessidade de tratamento ou acompanhamento precoce dos PCDs, e considerando o fato de que seus cuidadores podem, devido à ansiedade odontológica, postergar a ida ao dentista, piorando o quadro de saúde oral do

paciente ou o comportamento do paciente durante o atendimento, torna-se de extrema importância a identificação desta ansiedade, para possíveis ações no sentido de conscientização dos pais e de redução de stress odontológico. O objetivo deste estudo foi, portanto, verificar se de fato os responsáveis tem algum tipo de ansiedade enquanto seus filhos com deficiências estão submetidos ao atendimento odontológico, assim como investigar se existe uma correlação direta disto com o comportamento da criança na consulta, comparando com pais de pacientes sem deficiência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento da pesquisa e considerações éticas

Para a realização desta pesquisa foram seguidas todas as recomendações das Resoluções 196/96 e 466/12-CNS, obtendo aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio de Janeiro sob o parecer de número 2.921.518.

Antes de participar da pesquisa, foi explicado detalhadamente tudo sobre o estudo e seus fins ao responsável, esclarecendo que não seriam divulgados os dados obtidos, as respostas e nenhum tipo de imagem, e que a identificação do paciente seria preservada. Dessa forma, não deixando que restem quaisquer dúvidas, foi recolhida a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE -APÊNDICE 1) aos responsáveis.

Como riscos na participação na pesquisa, o responsável pode ter se sentido exposto/constrangido ao falar da sua ansiedade e pode ter ficado ainda mais

ansioso durante a pesquisa ao relembrar situações desconfortáveis vividas em ambiente médico/odontológico. Entretanto teve como benefícios a constatação de que o responsável transfere sua ansiedade para a criança porque teme por ela e não pelo procedimento em si e a verificação da correlação entre a ansiedade transmitida e da possível influencia no comportamento da criança, no decorrer da consulta e no prognóstico.

Tipo de estudo

Foi realizado um estudo transversal de abordagem quantitativa e qualitativa, com dados coletados por uma única pesquisadora, no período de março a novembro de 2019, usando um questionário semiestruturado de autoria própria, e mais dois outros questionários validados, a saber: 1- "Questionário sobre a ansiedade dos responsáveis frente ao atendimento odontológico de seus filhos" (APÊNDICE 2), 2- Escala de Ansiedade Dental (Dental Anxiety Scale – DAS) (19), adaptada para o português do Brasil (20) para analisar a ansiedade dos responsáveis durante o atendimento odontológico dos seus filhos, pacientes com e sem deficiência (ANEXO 1); e 3- O IDATE – Inventário de ansiedade traço-estado (16), traduzido para o português (18), com o objetivo de analisar a presença de traço de ansiedade como gerador de ansiedade odontológica e através da análise do questionário de estado de ansiedade identificar com mais clareza se o momento da consulta é realmente estressante e desencadeador de ansiedade nos entrevistados (ANEXO 2).

População do Estudo

Esta pesquisa foi realizada com responsáveis por pacientes atendidos na Clínica de Pacientes com Deficiência da Disciplina de Odontopediatria do Departamento de Odontopediatria e Ortodontia da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Rio de Janeiro.

O delineamento amostral adotado foi não probabilístico, por conveniência, de acordo com a apresentação dos pacientes para atendimento. Participaram do estudo 64 responsáveis por pacientes especiais atendidos, entre março e novembro de 2019, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão. Para o grupo de pacientes sem deficiência (grupo controle) o mesmo número de responsáveis foi entrevistado, sempre previamente ou durante o atendimento dos pacientes na clínica. Foram considerados pacientes sem deficiência aqueles pacientes atendidos na Clínica de Odontopediatria, sem história de alteração de ordem médica e/ou comportamental, de acordo com a anamnese.

Critérios de Inclusão

Responsáveis por pacientes com deficiência e sem deficiência atendidos na Clínica de Odontopediatria da FOUFRJ .

Critérios de Exclusão

Responsáveis que não desejem participar da pesquisa, e/ou não assinem o TCLE, responsáveis que desistam de participar, ainda que tenham assinado o TCLE e comuniquem imediatamente à pesquisadora que desistiram de participar da pesquisa, pacientes que não apresentem na ficha o parecer de seu comportamento durante a consulta da entrevista e responsáveis que façam uso regular de medicamentos ansiolíticos e / ou antidepressivos.

Coleta de dados

A coleta de dados foi feita, em uma única consulta, em 3 etapas a seguir: 1. Entrevista para obtenção de dados pessoais e outras informações relevantes em relação ao responsável como nome e idade, ocupação, parentesco com o paciente, se o mesmo toma medicamento antidepressivos e/ou ansiolíticos, se apresenta diagnóstico de depressão, e também dados sobre o paciente como nome e idade (APÊNDICE 1). 2. Aplicação dos questionários aos responsáveis, ainda na forma de entrevista, visando avaliar o grau de ansiedade do mesmo. 3. Análise do prontuário do paciente para identificar informações como diagnóstico, tempo de tratamento, tipo de tratamento ao qual está submetido e comportamento do paciente durante a consulta do dia da entrevista, segundo a escala de comportamento de Frankl (21) (APÊNDICE 1). A escala de Frankl é composta por quatro categorias comportamentais a seguir: Definitivamente positivo, representado pelo símbolo ++; Positivo (+); Negativo (-); e Definitivamente negativo (--).

Avaliação do grau de ansiedade dos responsáveis: Questionários

O primeiro questionário aplicado foi o “QUESTIONÁRIO SOBRE A ANSIEDADE DOS RESPONSÁVEIS FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE SEUS FILHOS” (APÊNDICE 2). Elaborado pela pesquisadora responsável e aluna/autora deste trabalho, ele é composto por perguntas fechadas, com duas opções de resposta (sim e não), além de perguntas abertas com respostas subjetivas, que foram respondidas pelos responsáveis sob forma de entrevista realizada pela autora. Este questionário buscou avaliar se o responsável se sente ansioso em relação ao tratamento odontológico do seu filho

e vários aspectos em relação à presença ou ausência de ansiedade. Para avaliar a confiabilidade do questionário criado, sua estabilidade foi verificada através da aplicação do teste-reteste. Para tanto, o questionário foi aplicado a um mesmo grupo de pessoas (10 indivíduos que não fizeram parte da amostra), em dois momentos distintos, com um intervalo de duas semanas entre eles. A confiabilidade, mensurada pelo teste Kappa (variáveis qualitativas), foi igual a 0,96. Esse resultado demonstrou que o questionário apresentou uma reprodutibilidade excelente.

O segundo questionário (ANEXO 1) foi o *Corah's Dental Anxiety Questionnaire* (DAS) que utiliza a Escala de Corah também para avaliar o grau de ansiedade dental dos responsáveis. Ele é composto por perguntas que sugerem o momento em que a criança está em atendimento e de que maneira os pais se sentem nessa situação. Este instrumento de pesquisa é um questionário que apresenta 4 perguntas com 5 opções de resposta. Cada alternativa de resposta recebeu uma determinada pontuação (de 1 a 5). Ao final, os responsáveis serão classificados quanto ao seu grau de ansiedade com base na somatória destes pontos (22,23).

O número de pontos pode variar de 4 (não ansioso) até 20 (muito ansioso). O score propõe quatro categorias para ansiedade: 1- nula (4 a 5 pontos); 2- baixa (6 a 10 pontos); 3- moderada (11 a 15 pontos) e 4- exacerbada (16 a 20 pontos) (22)

A Escala de Ansiedade de CORAH (1969) apresenta boa consistência interna e confiabilidade teste-reteste, e é um instrumento confiável para avaliação das características dos pacientes ansiosos (24). Apesar de a escala de CORAH já ter embasamento científico como questionário para avaliação da ansiedade odontológica, foi realizado um piloto entrevistando 5 pacientes com o objetivo de

assegurar que os entrevistados estariam compreendendo as perguntas feitas e se entenderiam a quem se referem as perguntas. A terminologia empregada nas questões foi adaptada às necessidades da pesquisa. Esses questionários do piloto não foram adicionados à amostra.

O terceiro Questionário foi o IDATE – Inventário de Ansiedade Traço-Estado (ANEXO 2). O IDATE é um dos instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados à ansiedade (33) e também foi aplicado no piloto. Desenvolvido por SPIELBERGER, GORSUCH e LUSHENE (1970) e traduzido e adaptado para o Brasil por BIAGGIO e NATALÍCIO (1979), o IDATE apresenta uma escala que avalia a ansiedade enquanto estado (IDATE-E) e outra que acessa a ansiedade enquanto traço (IDATE-T) (16,18, 25). A ansiedade Estado varia em intensidade, flutua no tempo e considera situações agudas que correspondem a episódios momentâneos. Já a ansiedade Traço refere-se relativamente a diferenças individuais estáveis e comportamentais, inerentes à personalidade de cada um.

O IDATE é um questionário autoaplicável e é pontuado em uma escala que varia de 20 a 80 pontos. Possui duas escalas diferentes - uma para estado de ansiedade e um para traço de ansiedade. Cada escala possui 20 declarações abordando como o indivíduo geralmente se sente (Traço) ou se sente em uma situação específica (Estado). Cada item é pontuado de 1 a 4 pontos. Antes da administração, os participantes receberam esclarecimentos sobre a realização do questionário, os diferentes componentes, o fato de não haver respostas certas ou erradas, e que as respostas devem estar de acordo com as opções dadas, evitando respostas como "mais ou menos", "é ótimo" ou "é ruim" (17).

As opções de resposta respectivas para as escalas de estado / traço são: 4) muitíssimo / quase sempre; 3) bastante / frequentemente; 2) quase nunca / às vezes; e 1) absolutamente não / quase nunca e a pontuação correspondente para cada opção de resposta foi utilizada para a quantificação e interpretação das respostas. As pontuações para itens de natureza positiva devem ser invertidas: se o respondente marcou 4, foi atribuída uma pontuação 1; se o entrevistado marcou 3, uma pontuação de 2 foi atribuído; se o entrevistado marcou 2, foi atribuído score 3; e se o entrevistado marcou 1, uma pontuação de 4. Na escala de Estado, os itens positivos são os números 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20, devendo estes serem invertidos. Na escala de Traço, os itens positivos e que devem ser invertidos são os de número 1, 6, 7, 10, 13, 16 e 19 (26).

As pontuações do IDATE-E e do IDATE-T <30 indicam pouca ou nenhuma ansiedade, pontuações de 31 a 49 podem indicar ansiedade moderada e pontuações acima de 50 indicam ansiedade extrema ou resultados positivos do teste de ansiedade (26).

Análise estatística

Para as análises estatísticas foi elaborado um banco de dados no Programa SPSS, versão 20.0, e feita análise descritiva dos dados, bem como análise bivariada para comparações dos resultados entre os dois grupos de estudo. Após determinar a distribuição normal dos dados pelo teste de Turkey, testes paramétricos foram utilizados, sendo que variáveis categóricas foram relacionadas através do teste do Qui-quadrado e/ou Teste de Fisher e variáveis numéricas pelo teste T de student. Para observar as correlações, foi utilizado o teste de Pearson. Foi considerado o nível de significância de 95%, quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

Em ambos os grupos, a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (93,8% no G1 e 90,6% no G2). A idade média do G1 foi de 44,64 anos (dp 12,52) e do G2 de 38,48 anos (dp 10,34). A ocupação mais prevalente foi a “do lar” em ambos os grupos. Na tabela 1, podemos encontrar mais características da amostra obtidas neste estudo. Nela, além dos dados demográficos, encontramos o tempo de acompanhamento, o tipo de tratamento que os pacientes foram submetidos, e o comportamento deles na consulta da entrevista.

Ainda descrevendo a amostra, dos pacientes com deficiência (G1), 46 indivíduos (71,9%) apresentam alterações comportamentais ou neurológicas e 18 indivíduos (28,1%) apresentam alterações sistêmicas. A cardiopatia foi a alteração sistêmica mais frequente, ocorrendo em 6 indivíduos. Como exemplo de outras alterações, encontramos o HIV e a Leucemia aparecendo em um paciente cada. Como mais prevalente no grupo das alterações neurológicas, encontramos o autismo, a Síndrome de Down e a paralisia cerebral, apresentando 8,7 e 5 indivíduos, respectivamente. Os comportamentos observados durante a consulta em que a entrevista foi realizada foram separados em dois grupos, sendo comportamento bom quando era + + e +, e comportamento ruim quando era - - e - de acordo com a Escala de Frankel. Verificou-se que o G1 apresenta maior frequência de comportamento negativo ($p=0,002$, Qui²), estando presente em 31,2% da amostra, contra 9,4% no G2.

Os resultados relacionados aos questionários de ansiedade podem ser vistos na Tabela 2. Os escores de ansiedade dental (DAS) foram reunidos em “ausente ou baixa”, aparecendo em 48 indivíduos do G1 e 52 no G2, e “moderada ou exacerbada”, ocorrendo em 16 indivíduos do G1 e em 12 do G2, não havendo

diferença estatística entre os grupos. As médias dos valores do DAS também não apresentaram diferença estatística significativa entre os grupos, assim como as médias de Traço e de Estado, onde ambos os grupos apresentaram nível de ansiedade moderada para as duas classificações de ansiedade

Quando os responsáveis foram questionados se sentiram-se ansiosos na primeira consulta de seus filhos, 54,7% (35) do G1 e 48,4% (31) do G2 afirmaram que sim. Ainda, dos que se sentiram ansiosos na primeira consulta, no G1, 80% (28) disseram que já não sentem medo ou ansiedade atualmente, o que ocorreu de modo similar no G2 (25 - 80,6%).

Já os responsáveis que continuaram com medo em relação ao tratamento dos filhos após a primeira consulta apresentaram resultados significativamente maiores de DAS e Estado no Grupo 1. No Grupo 2 essas médias também são maiores, mas com significância estatística apenas para os valores de Estado. Estes resultados estão descritos na tabela 3.

Quando os responsáveis foram questionados se eles têm medo de dentista, a frequência foi similar nos dois grupos (29 (45,31%) no G1 X 20 (31,25%) no G2, $p=0,10$). Ao comparar os resultados das médias de DAS, Traço e Estado encontramos valores significantes mais elevados para aqueles que tem medo, em ambos os grupos (Tabela 3) Quando questionados se ao estarem presentes na sala de atendimento durante o tratamento odontológico do seu filho se sentem mais calmos, 62,5% no G1 e 53,1% no G2 responderam que sim, sem diferença estatística entre os grupos ($p=0,28$).

Vale ainda ressaltar que 100% dos entrevistados nos dois grupos afirmaram reconhecer a importância do tratamento que o filho recebe, assim como afirmaram

confiar na capacidade dos profissionais que interagem com a criança em lidar com a condição que ela apresenta.

Correlações positivas foram encontradas entre maiores valores de DAS e maiores médias de Estado de ansiedade em ambos os grupos ($p=0,000$) sendo os valores de $R=0,45$ no G1 e de $0,47$ no G2. O mesmo foi observado em relação a maiores valores de DAS e maiores médias de Traço ($p=0,02$, $R=0,29$ no G1; $p=0,004$, $R=0,35$ no G2).

Não foi observada correlação significativa entre as médias de DAS, Traço e Estado com grau de parentesco do responsável, idade das crianças, tempo de acompanhamento, tipo de tratamento (se invasivo ou não) e comportamento da criança, em ambos os grupos. Também não houve correlação entre DAS, Traço ou Estado e a classificação do Grupo 1 (pacientes com deficiências neurológicas ou pacientes com deficiências sistêmicas).

Maiores médias de DAS não estiveram relacionadas com mau comportamento em nenhum dos grupos. No entanto, no grupo de pais que afirmaram continuar ansiosos ou com medo na consulta da entrevista da mesma maneira que na primeira consulta da criança, 63,6% das crianças tiveram comportamento ruim no G1 contra 15,4% no G2 ($p=0,033$ - teste de Fisher).

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo foi identificar a ansiedade dos responsáveis de pacientes com deficiência, atendidos na Clínica de Odontopediatria da UFRJ, diante do tratamento odontológico de seus filhos, sua relação com Traço e Estado

de ansiedade e com o comportamento na consulta, comparando com responsáveis de pacientes sem deficiência. A hipótese seria que os responsáveis por pacientes com deficiência apresentariam, como relataram DAVE et al (2014), níveis altos de ansiedade, o que pode se justificar pelas dificuldades inerentes a vida desses indivíduos. Porém, neste estudo, os responsáveis apresentavam níveis de ansiedade Traço e Estado moderados e ansiedade odontológica baixa (27).

Vários são os estudos que indicam uma correlação entre os níveis de ansiedade materna e o comportamento do paciente infantil durante o atendimento odontológico (14,28,29,30), entretanto, poucos relacionam esses fatores em pacientes portadores de deficiência e seus responsáveis. Considerando todas as abordagens possíveis para pacientes com necessidades especiais no ambiente odontológico, é importante entender as interações desses pacientes com seus cuidadores, dando aos dentistas uma visão mais ampla de como aspectos psicológicos do responsável podem influenciar o comportamento e o tratamento do paciente.

A maioria dos responsáveis que acompanharam os pacientes com deficiência nas consultas em que foram realizadas neste estudo era de mulheres e mães, como no estudo de MOREIRA et al (2015) (29). Como as mães geralmente são as responsáveis pela maior parte dos cuidados adicionais dispensados à criança com deficiência, elas podem ter uma tendência a apresentar níveis mais altos de estresse (31), o que pode se refletir em maior ansiedade e depressão. As mães são mais frequentemente responsáveis pelo cuidado e transmissão de regras para crianças com deficiência. Os pais, por sua vez, desempenham um papel secundário, estando menos envolvidos nas rotinas (32). O percentual de

responsáveis do sexo feminino encontrado em neste estudo é semelhante ao do estudo de TELLEZ e KAUR (2013) onde 86% da amostra de responsáveis era de mulheres (32). Com a grande maioria dos participantes sendo do sexo feminino nesta amostra, não foi possível determinar diferenças válidas de níveis de ansiedade entre os sexos como foi visto em outro estudo (27) onde os autores relataram maior presença de ansiedade nas mães dos pacientes com deficiência, e menor nos pais.

O tempo de tratamento ou acompanhamento médio foi significativamente maior no G1 e o tratamento invasivo foi mais frequente no G2, onde podemos verificar que no nosso universo de pacientes, famílias de pacientes com deficiência retornam mais para visitas preventivas e de acompanhamento do que famílias das crianças sem deficiência, o que também foi observado em um outro estudo (33). O medo de dor do cuidador foi identificado como uma barreira para a procura pelo atendimento odontológico de seus filhos (32), o que não ocorreu em nossa amostra. Isto pode ter acontecido por se tratar de um serviço extremamente especializado, em instituição pública, no qual as visitas de retorno preventivo são muito levadas em consideração pelos pais, provavelmente devido ao valor dado pelos mesmos em conseguir atendimento para seus filhos, o que é difícil na localidade.

Quando observado o comportamento do paciente durante a consulta, o do tipo ruim foi significativamente mais frequente no G1, o que pode ser explicado pelas dificuldades inerentes ao atendimento dos PcD por suas alterações e debilidades. Crianças com deficiências apresentam uma capacidade reduzida de cooperar em situações complexas, como tratamento dentário (34). O maior

percentual de pacientes com alterações neurológicas ou comportamentais do que com alterações sistêmicas também pode explicar este achado.

No final da década de 60, JOHNSON e BALDWIN (1968) já relatavam haver correlação significativa entre o comportamento da criança e os níveis de ansiedade materna (15). De lá para cá, pouca informação sobre este tema tem sido disponibilizada, mas na nossa amostra não foi observada correlação entre maiores médias de DAS dos responsáveis e o comportamento do paciente em nenhum dos grupos. Contudo, quando os responsáveis foram perguntados se continuaram a se sentir ansiosos em ir ao dentista, mesmo depois de já ter tido sua primeira consulta, a persistência desta sensação teve relação com o mau comportamento da criança no G1. Esse resultado está de acordo com CARDOSO et al (2004) que observaram que a maioria das mães cujas crianças necessitaram de contenção física devido comportamento aversivo, demonstraram manifestações de estresse elevado (35). Este resultado pode-se justificar pelo tamanho reduzido da amostra ou por essa ansiedade estar ligada especificamente à própria condição do paciente especial, e não necessariamente relacionada ao tratamento odontológico.

Quando perguntados se sentiam medo de dentista, 45,31% no G1 e 31,25% no grupo dos pacientes sem deficiência afirmaram que sim, dado semelhante ao estudo de MEIRA FILHO et al (2009) em que 32% das mães responderam ter medo de dentista (14). Estes percentuais representam valores significativos quando se parte da premissa que a ansiedade materna influencia a ansiedade das crianças (36). Apesar da afirmação do medo de dentista, quando submetidos à escala de Corah, os responsáveis de ambos apresentaram, em sua maioria, um nível baixo

de ansiedade dental, assim como no estudo de ALBUQUERQUE et al (2007), o que reforça o teor subjetivo e não exato em relação ao medo odontológico (37).

Os maiores valores de DAS foram encontrados no grupo dos pacientes que afirmaram continuarem a se sentir ansiosos ou com medo na consulta da entrevista, o que nos confirma a validade deste questionário para medir a ansiedade dental dos pais em relação ao tratamento dos seus filhos, da mesma maneira como é utilizado para medir o medo de dentista do próprio paciente como encontramos em diversos estudos (20,23,32,35,38), podendo assim ser utilizado na clínica diária para auxílio na tomada de decisão em relação à abordagem de tratamento do paciente especial.

A maioria dos pacientes em ambos os grupos disse que se sentia mais calma ao estarem durante o atendimento junto aos seus filhos. Além disso, 56,3% no G1 e 40,6% no G2 disseram que preferiam estar junto aos filhos na sala de atendimento durante a consulta, resultados estes inferiores a outros dois estudos (14,29), onde ambos avaliaram pacientes pediátricos não deficientes. A presença dos pais no consultório odontológico pode ser defendida para obter apoio emocional evitando o efeito da separação traumática, especialmente em pacientes muito jovens e PcD (39).

Todos os entrevistados dos dois grupos afirmaram confiar na capacidade dos profissionais da Clínica de Odontopediatria e Pacientes Especiais da FOUFRJ que interagem com seus filhos em lidar com a condição que eles apresentam. O estudo de MOREIRA et al (2015) reforça a importância do profissional transmitir confiança e ter domínio das situações a que possa ser submetido, com o objetivo de redução da ansiedade dos responsáveis (29). Quando perguntados o porquê de

não se sentirem mais ansiosos, a palavra "confiança", seja na criança, no profissional ou na instituição, apareceu em inúmeras respostas, apontando-a como chave na redução da ansiedade materna durante o atendimento odontopediátrico, independente do paciente ter deficiência ou não.

Maiores níveis de Traço de ansiedade remetem a pessoas com personalidade naturalmente mais susceptível a estímulos estressantes como por exemplo o atendimento odontológico. Sendo assim, era esperado que os responsáveis que tivessem maiores níveis de ansiedade traço tivessem também maiores médias de DAS, o que se confirmou neste estudo, assim como no de PINHO et al. Sabendo o perfil psicológico do cuidador, bem como a carga de cuidados e peso emocional que o mesmo suporta, dentistas podem reconhecer as dificuldades envolvidas no cuidado de pacientes com deficiência, implantando medidas para minimizar os efeitos dessas condições. Esse reconhecimento pode fazer o profissional sugerir que o responsável procure aconselhamento psicológico (17), além de promover ações para diminuir a ansiedade dos mesmos e dos pacientes, com informação e atendimento personalizado e humanizado, trazendo mais segurança e a conscientização de que não devem transmitir medos ou traumas aos seus filhos.

Uma das limitações deste estudo está relacionada ao pequeno tamanho da amostra. Ainda, o G1 foi composto por pais de pacientes atendidos na Clínica de Pacientes Especiais da FOUFRJ, sem distinção das deficiências, patologias ou síndromes. A categorização em dois grupos (transtornos neurológicos e sistêmicos), ao invés de se obter os resultados por cada condição, teve como

objetivo conseguir resultados mais consistentes devido ao tamanho da amostra, tentando identificar diferenças entre os grupos.

CONCLUSÃO

Podemos concluir que os responsáveis por PcD apresentam ansiedade odontológica baixa e Traço e Estado de ansiedade moderados. A persistência da ansiedade que esses responsáveis relataram com a continuidade do tratamento teve relação com o comportamento ruim da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Sachietto MSLS, Andrade NS, Brito MHSF, Lira DMMP, Barros SSLV. Evaluation of oral health in patients with mental disorders attended at the clinic of oral diagnosis of a public university. *Revista de Odontologia da Unesp*. 2013;42(5): 344-349.
- 2- Faker K, Di Lanaro N, Paula V, Tostes M. Profile of special needs patients assisted in a dental project. *Brazilian Dental Science*. 2016;19(4):42.
- 3- Winter K, Baccaglioni L, Tomar S. A review of malocclusion among individuals with mental and physical disabilities. *Special Care Dentistry*. 2008;28(1):19-26.
- 4- Purohit BM, Acharya S, Bhat M. Oral health status and treatment needs of children attending special schools in South India: a comparative study. *Spec Care Dentist* 2010;30(6):235-41.
- 5- Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 4. Education. *Br Dent J* 2008;205(3):119-30.
- 6- Koneru A, Sigal MJ. Access to dental care for persons with developmental disabilities in Ontario. *J Can Dent Assoc* 2009;75(2):121.
- 7- Cañado FM, Carvalho e Silva SR, Preto GF, Araújo VP. Perfil de pacientes con necesidades especiales. *Boletín Asociación Argentina de Odontología para Niños*. 2003; 32(1):8-11.
- 8- Al-Farsi OA, Al-Farsi YM, Al-Sharbaty MM, Al-AdawiS. Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case- control study. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1943-1951
- 9- Paniagua, G. As famílias de crianças com necessidades educacionais especiais. In: Coll C, Marchesi A, Palácios J. *Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos do desenvolvimento e necessidades educacionais especiais*. Porto Alegre: Artmed. p. 330- 346.
- 10- Matsukura, T, Marturano S, Oishi J, Borasche G. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Revista Brasileira de Educação Especial*. 2007;13(3):415- 428.
- 11- Goes MPS, Domingues MC, Couto LGB, Barreira AK. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. *Odontologia Clínico-Científica*. 2010;1(9):39-44.
- 12- Klatchoian DA. A relação dentista-paciente. In: Klatchoian DA. *Psicologia Odontopediátrica*. São Paulo: Santos; 2002. p.13- 27.

- 13- Folayan MO, Idehen EE, Ojo OO. The modulating effect of culture on the expression of dental anxiety in children: a literature review. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2004;14(4):241-215.
- 14- Meira Filho MMO, Araújo DTC, Menezes VA, Granville AFG. Atendimento odontológico da criança: percepção materna. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2009;(57):311-315.
- 15- Johnson R, Baldwin D. Relationship of Maternal Anxiety to the Behavior of Young Children Undergoing Dental Extraction. *Journal of Dental Research*. 1968;47(5):801-805.
- 16- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state-trait anxiety inventory. Consulting Psychologist Press; 1970.
- 17- Pinho RCM, Barbosa ACS, Caldas-Júnior AF, Vasconcelos MMVB, Cimões R, Santos MTBR. State, trait, and dental anxiety in caregivers of individuals with disabilities. *Special Care in Dentistry*. 2017;37(4):168–175.
- 18- Biaggio MBA. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 1977;29(3):3144.
- 19- Corah NL. Development of a Dental Anxiety Scale. *Journal of Dental Research*. 1969; 48(4):596–596.
- 20- Hu LW, Gorenstein C, Fuentes D. Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. *Depression and Anxiety*. 2007;24(7):467–471.
- 21- Frankl SN, Shiere FR, Fogels HR. Should the parent remain with the child in the dental operatory? *SDC Journal of Dentistry for Children*. 1962;29:150-163.
- 22- Oliveira MF, Moraes MVM, Evaristo PCS. Avaliação da Ansiedade dos Pais e Crianças frente ao Tratamento Odontológico. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2012;12(4):483-489.
- 23- Corah N, Gale E, Illig S. Assessment of a dental anxiety scale. *The Journal of the American Dental Association*. 1978;97(5):816-819
- 24- Medeiros LA, Ramiro FMS, Lima CAA, Souza LMA, Fortes TMV, GROppo FC. Avaliação do grau de ansiedade dos pacientes antes de cirurgias orais menores. *Revista de Odontologia da UNESP*. 2013;42(5): 357-363.
- 25- Fioravanti ACM, Santos LF, Maissonette S, Cruz APM, Landeira-Fernandez J. Avaliação da estrutura fatorial da Escala de Ansiedade-Traço do IDATE. *Aval. psicol.* [Internet]. 2006; 5(2): 217-224.

- 26- López-Jornet P, Camacho-Alonso F, Sanchez-Siles M. Assessment of general pre and postoperative anxiety in patients undergoing tooth extraction: a prospective study. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2014;52(1):18-23.
- 27- Dave D, Mittal S, Tiwari D, Parmar M, Gedan S, Patel V. Study of anxiety and depression in caregivers of intellectually disabled children. *J Res Med Dent Sci*. 2014;2(1):8–13
- 28- Oliveira MF, Moraes MVM, Evaristo PCS. Avaliação da Ansiedade dos Pais e Crianças frente ao Tratamento Odontológico. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2012;12(4):483-489.
- 29- Moreira KMS, Imparato JCP, Teixeira KB, Reis JB, Navarro RS, Drugowick RM. Ansiedade do responsável em relação ao atendimento odontopediátrico. *Rev Assoc Paul Cir Dent*. 2015;69(2):135-41
- 30- Sanglard LFP, Frauches MB, Costa AS. Influência do Acompanhante Sobre o Comportamento do Paciente Infantil Durante o Atendimento Odontológico. *UFES Revista de Odontologia*. 2002;4(1):18-24.
- 31- Silva N, Dessen M. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2001;17(2):133-141.
- 32- Tellez M, Kaur S, Caregivers' satisfaction with pediatric dental care in a university clinical setting in North Philadelphia. *Journal of Dental Education*. 2013;77(11):1515-1520.
- 33- Van Cleave J, Davis MM. Preventive care utilization among children with and without special health care needs: Associations with unmet need. *Ambul Pediatr*. 2008;8:305-11.
- 34- Salles OS, Tannure PN, Oliveira CA, Souza IP, Portela MB, Castro GF. Dental needs and management of children with special healthcare needs according to type of disability. *J Dent Child*. 2012;79:165-169.
- 35- Cardoso C, Loureiro S, Nelson-Filho P. Pediatric dental treatment: manifestations of stress in patients, mothers and dental school students. *Brazilian Oral Research*. 2004;18(2):150-155.
- 36- Busato P, Garbín R, Santos C, Paranhos L, Rigo L. Influence of maternal anxiety on child anxiety during dental care: cross-sectional study. *Sao Paulo Medical Journal*. 2017;135(2):116-122.
- 37- Albuquerque WC, Corrêa MSNP, Abanto JA. Evaluación de la ansiedad materna en el tratamiento odontopediátrico utilizando la escala de Corah. *Rev Estomatol Herediana*. 2007;17(7):22-24
- 23- Halonen, H, Nissinen J, Lehtiniemi H, Salo T, Riipinen P, Miettunen J. The Association Between Dental Anxiety And Psychiatric Disorders And Symptoms: A

Systematic Review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2018;14(1):207–222.

39- Hicham R, Asma AS, Hayat AG, Adel AO, Salim AK. Parental Presence/Absence in the Dental Operatory as a Behavior Management Technique: A Review and Modified View. *The Journal of Contemporary Dental Practice*. 2018;19(2):237-241

TABELAS

Tabela 1 - Características da amostra

Características da amostra		G1	G2	p.valor
Sexo	M	6,21%	9,37%	
	F	93,79%	90,63%	
Idade média em anos (dp)		44,64 (12,52)	38,48 (10,34)	0,08
Ocupação	Do lar	64,10%	57,80%	
	Outras	35,90%	42,20%	
Parentesco	Pai + mãe	85,90%	82,80%	
	Mãe	79,69%	73,44%	
	Pai	6,21%	9,37%	
	Avó	14,10%	12,50%	
	Outros	0,00%	4,70%	
Tempo de acompanhamento (em anos (dp))		4,38(5,26)	1,98(2,13)	0,001
Tipo de tratamento	Invasivo	50%	67,20%	0,048
	Não invasivo	50%	32,80%	
Comportamento n(%)	(++)	34(53,10%)	51(79,70%)	
	(+)	10(15,60%)	7(10,90%)	
	(-)	10(15,30%)	2(3,10%)	
	(--)	10(15,60%)	4(6,20%)	

Tabela 2 - Médias de DAS, Traço e Estado nos grupos

	G1	G2	p Valor
DAS (média-dp)	8,33 (3,52)	7,66 (2,77)	0,23
Traço (média-dp)	41,47 (9,76)	38,69 (10,79)	0,129
Estado (média-dp)	36,58 (11,71)	34,34 (9,16)	0,23

Tabela 3 – Médias de DAS, Traço e Estado dos responsáveis com e sem medo/ansiedade após a primeira consulta odontológica das crianças/adolescentes e com e sem medo de dentista

	G1			G2		
	DAS	Traço	Estado	DAS	Traço	Estado
Continua com medo (média-dp)	11,55 (3,47)	47,73 (12,52)	48,73 (11,36)	9,15 (3,60)	41,69 (11,33)	39,85 (9,89)
Não tem mais medo (média-dp)	7,69 (3,20)	40,23 (8,75)	34,29 (10,13)	7,27 (2,42)	37,92 (10,62)	32,94 (8,51)
p Valor	0,002	0,074	0,001	0,08	0,27	0,02
Medo de dentista (média-dp)	9,41 (3,7)	42,07 (8,65)	36,86 (11,00)	8,90 (2,80)	42,95 (4,60)	37,15 (9,90)
Sem medo de dentista (Média-dp)	7,43 (3,10)	40,97 (10,70)	36,34 (12,42)	7,09 (2,60)	36,75 (9,94)	33,07 (8,62)
p valor	0,024	0,65	0,86	0,015	0,032	0,09

3. CONCLUSÃO

Diante dos resultados encontrados, podemos concluir:

- A maioria dos responsáveis por PcD apresenta ansiedade odontológica baixa e Traço e Estado de ansiedade moderados, sem diferença quando comparados com responsáveis de crianças saudáveis.
- Os responsáveis por PcD que continuam com medo ou ansiedade após a primeira consulta apresentam maiores escores de DAS e Estado de ansiedade.
- Não foram encontradas correlações entre maiores médias de DAS, Traço ou Estado de ansiedade de responsáveis com e sem deficiência e o comportamento do paciente na consulta. No entanto, esses responsáveis por PcD apresentaram persistência do medo e ansiedade relatados após a primeira consulta quando o comportamento da criança foi ruim.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Al-Farsi OA, Al-Farsi YM, Al-Sharbati MM, Al-Adawi S. Stress, anxiety, and depression among parents of children with autism spectrum disorder in Oman: a case-control study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2016;12:1943-51.

Altun C, Guven G, Akgun OM, Akkurt MD, Basak F, Akbulut E. Oral health status of disabled individuals attending special schools. *European Journal of Dentistry*. 2010;4(4):361-366.

Araújo EMC, Araújo RPC. Saúde Bucal em Portadores de Transtornos Mentais e Comportamentais. *Pesquisa Brasileira odontopediatria e Clínica Integrada*. 2004;4(1):64-75.

Asselmann E, Beesdo-Baum K. Predictors of the Course of Anxiety Disorders in Adolescents and Young Adults. *Current Psychiatry Reports*. 2015;17(2):7.

Baptista A, Carvalho M, Lory F. O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*. 2005;19(1-2):267-277.

Biaggio MBA. Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 1977;29(3):3144.

Boyle CA, et al. Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children: 1997–2008. *Pediatrics*. 2011;127:1034-1042.

Brandenburg OJ, Marinho-Casanova ML. A relação mãe-criança durante o atendimento odontológico: contribuições da análise do comportamento. *Estudos de Psicologia*. 2013;30(4):629-640.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica: nº 17 Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92 p.

BRASIL. Decreto Nº 5.296 [Internet]. Planalto.gov.br. 2004. Available from:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm

Campos CC, Frazão BB, Saddi GL, Morais LA, Ferreira MG, Setúbal PCO, et al. Pacientes com necessidades especiais: quem são? In: Campos CC, Frazão BB, Saddi GL, Morais LA, Ferreira MG, Setúbal PCO, et al. Manual prático para o atendimento odontológico de pacientes com necessidades especiais. 2ª ed. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2009.1-6.

Cançado FM, Carvalho e Silva SR, Preto GF, Araújo VP. Perfil de pacientes con necesidades especiales. *Boletín Asociación Argentina de Odontología para Niños*. 2003; 32(1): 8-11.

Castillo ARGL, Recondo R, Asbahr FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 2000;22: 20-23.

Costa CO, et al . Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2019;68(2): 92-100.

Dougall A, Fiske J. Access to special care dentistry, part 4. Education. *British Dental Journal*. 2008;205(3):119-130.

Faker K, Di Lanaro N, Paula V, Tostes M. Profile of special needs patients assisted in a dental project. *Brazilian Dental Science*. 2016;19(4):42.

Faulks D, Hennequin M. Evaluation of a long- term oral health program by carers of children and adults with intellectual disabilities. *Special Care Dentistry*. 2000;20(5):199-208.

Filho MMOM, Araújo DTC, Menezes VA, Granville AFG. Atendimento odontológico da criança: percepção materna. *Revista Gaúcha de Odontologia*. 2009;(57):311-315.

Folayan MO, Idehen EE, Ojo OO. The modulating effect of culture on the expression of dental anxiety in children: a literature review. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2004;14(4):241-215.

Frankl SN, Shiere FR, Fogels HR. Should the parent remain with the child in the dental operator? *SDC Journal of Dentistry for Children*. 1962;29:150-163.

Goes MPS, Domingues MC, Couto LGB, Barreira AK. Ansiedade, medo e sinais vitais dos pacientes infantis. *Odontologia Clínico-Científica*. 2010;1(9):39-44.

Gonçalves JB. Atendimento Odontológico a Pacientes com Necessidades Especiais: Uma Revisão de Literatura [Trabalho de Conclusão de Curso]. Conselho Lafaiete: Universidade Federal de Minas Gerais; 2012. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.

Halonen, H, Nissinen J, Lehtiniemi H, Salo T, Riipinen P, Miettunen J. The Association Between Dental Anxiety And Psychiatric Disorders And Symptoms: A Systematic Review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2018;14(1):207–222.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE; 2012. 215 p. ISBN: 0104-3145.

Jeng WL. Strategies for oral health care for people with disabilities in Taiwan. *Journal Dental Science*. 2009;4(4):165–72

Johnson R, Baldwin D. Relationship of Maternal Anxiety to the Behavior of Young Children Undergoing Dental Extraction. *Journal of Dental Research*. 1968;47(5):801-805.

Klatchoian DA. A relação dentista-paciente. In: Klatchoian DA. *Psicologia Odontopediátrica*. São Paulo: Santos; 2002. p.13- 27.

Koneru A, Sigal MJ. Access to dental care for persons with developmental disabilities in Ontario. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2009;75(2):121.

Liu HY. Dental caries associated with dietary and toothbrushing habits of 6 to 12 year old mentally retarded children in Taiwan. *Journal Dental Science*. 2009;4(2):61-74.

Matsukura, T, Marturano S, Oishi J, Borasche G. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. *Revista Brasileira de Educação Especial*. 2007;13(3):415- 428.

Milgrom P, Mancl L, King B, Weinstein P. Origins of childhood dental fear. *Behaviour Research and Therapy*. 1995;33(3):313-319.

Oliveira MF, Moraes MVM, Evaristo PCS. Avaliação da Ansiedade dos Pais e Crianças frente ao Tratamento Odontológico. *Pesquisa Brasileira Odontopediatria e Clínica Integrada*. 2012;12(4):483-489.

Paniagua, G. As famílias de crianças com necessidades educativas especiais. In: Coll C, Marchesi A, Palácios J. *Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais*. Porto Alegre: Artmed. p. 330- 346.

Pinho RCM, Barbosa ACS, Caldas-Júnior AF, Vasconcelos MMVB, Cimões R, Santos MTBR. State, trait, and dental anxiety in caregivers of individuals with disabilities. *Special Care in Dentistry*. 2017;37(4):168-175.

Pini DM, Fröhlich PC, Rigo L. Avaliação da saúde bucal em pessoas com necessidades especiais. *Revista Einstein*. 2016;14(4):501-507

Sachietto MSLS, Andrade NS, Brito MHSF, Lira DMMP, Barros SSLV. Evaluation of oral health in patients with mental disorders attended at the clinic of oral diagnosis of a public university. *Revista de Odontologia da Unesp*. 2013;42(5): 344-349.

Sanglard LFP, Frauches MB, Costa AS. Influência do Acompanhante Sobre o Comportamento do Paciente Infantil Durante o Atendimento Odontológico. *UFES Revista de Odontologia*. 2002;4(1):18-24.

Santos MTBR, Haddad AS. Quem são os pacientes com necessidades especiais? In: Cardoso RJA, Machado MEL. *Odontologia Arte e Conhecimento*. São Paulo: Artes Médicas- Divisão Odontológica; 2003. 263-268.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state-trait anxiety inventory. Consulting Psychologist Press; 1970.

Waldaman HB, Swerdloff M, Perlman SP. Dental care for children with disabilities retardation: thoughts about the americans with disabilities act. ASDC Journal of Dentistry for Children. 1998;65(6): 87-91.

Winter K, Baccaglini L, Tomar S. A review of malocclusion among individuals with mental and physical disabilities. Special Care Dentistry. 2008;28(1):19-26.

Yeganegi KS, Tandon S. Tooth surface protection for individuals who are mentally disabled. Special Care Dentistry. 2008;28(1):32-38.

APÊNDICE 1

INFORMAÇÕES SOBRE O RESPONSÁVEL E A CRIANÇA

Nome do responsável: _____ Data: _____

Idade do responsável: _____ Sexo: _____ Ocupação principal: _____

Grau de parentesco: _____

Classificação do paciente:

Alteração neurológica/ comportamental

Alteração sistêmica

Sem alteração

O responsável apresenta diagnóstico de depressão?

Sim

Não

Toma algum medicamento antidepressivo ou ansiolítico com regularidade?

Nome da criança: _____ Sexo: _____ Idade: _____

Diagnóstico da criança: _____

Data de entrada no serviço: _____ (Tempo: _____)

Tipo de tratamento:

prevenção

Tratamento Restaurador com anestesia

Tratamento com exodontia

Comportamento da criança durante o atendimento:

++ +

-- -

APÊNDICE 2

QUESTIONÁRIO SOBRE A ANSIEDADE DOS RESPONSÁVEIS FRENTE AO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DE SEUS FILHOS

1- Este é o primeiro atendimento do seu filho?

() Sim () Não

2- Local da 1ª consulta: _____

3- O (A) senhor (a) estava presente na primeira consulta?

() Sim () Não

4- Por que: _____

5- Como foi o primeiro atendimento?

6- O (A) senhor (a) se sentiu ansioso na primeira consulta?

() Sim () Não

7- Por que: _____

8- E agora? O (A) senhor (a) sente medo durante o atendimento odontológico do seu filho?

() Sim () Não

9- Por que? _____

10- O Sr(a) sente medo de ir ao dentista

() Sim () Não

11- Sabendo que nesta Universidade é permitido a presença do responsável na clínica durante o atendimento, o (a) senhor (a) sente necessidade de estar na sala de atendimento?

() Sim () Não

12- Por que?

13- Existe algum momento o (a) senhor (a) acha que deve entrar na sala de atendimento?

Sim Não

14- Qual?

15- Como o (a) seu (sua) filho (a) se comporta com a sua presença no atendimento?

16- O (A) senhor (a) acha que estar presente durante o atendimento do (a) seu (sua) filho (a) deixa o senhor (a) mais calmo (a)?

Sim Não

17- O (a) senhor (a) confia na capacidade dos profissionais que interagem com seu (sua) filho (a) em lidar com a condição que ele (a) apresenta?

Sim Não

18- O (A) senhor (a) reconhece a importância do tratamento que seu (sua) filho (a) recebe?

Sim Não

APÊNDICE 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Versão 2 – 11/09/2018

Título do projeto de pesquisa: “**Avaliação da Presença de Ansiedade dos Responsáveis Frente ao Tratamento Odontológico de suas Crianças com Necessidades Especiais**”.

O senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre a ansiedade de responsáveis por crianças com necessidades especiais enquanto as mesmas estão em atendimento no dentista e de que maneira essa ansiedade pode influenciar o comportamento da criança e o andamento da consulta. Para isso, serão respondidas perguntas de como você se sente emocionalmente durante este atendimento. As pesquisadoras Gloria Fernanda Barbosa de Araújo Castro e Flávia Adriane da Silva Corrêa pretendem realizar um estudo com as seguintes características:

Objetivo do estudo:

Objetivos Gerais: Avaliar a presença de estado de ansiedade dos responsáveis por crianças com necessidades especiais enquanto estes estão em atendimento no dentista.

Objetivos Específicos: 1-Avaliar a presença de ansiedade de responsáveis por pacientes com necessidades especiais perante o atendimento odontológico através de dois questionários: 1) *NORMAN CORAH'S DENTAL ANXIETY SCALE QUESTIONNAIRE (DAS)* traduzido e 2) questionário auto aplicável (você mesmo lê e responde) com perguntas simples e diretas sobre a ansiedade do responsável enquanto a criança está sendo atendida. 2-Comparar com resultados obtidos por responsáveis de pacientes saudáveis submetidos a atendimento odontológico.

Benefícios: Como benefício indireto por participar deste estudo, você poderá contribuir para sabermos quais as medidas necessárias para que seu filho possa ter uma boa saúde bucal. Adicionalmente, você contribuirá para sabermos o que é importante para melhorar a qualidade de vida da criança especial e também do seu responsável, uma vez que a sua saúde bucal pode influenciar no seu estado de saúde geral.

Riscos:

- O responsável pode se sentir exposto/ – envergonhado ao falar da sua ansiedade;
- O responsável pode ficar ainda mais ansioso durante a pesquisa e lembrar situações desconfortáveis vividas em ambiente médico/odontológico.
- As pesquisadoras serão cuidadosas para realizar a entrevista dando a liberdade que o responsável responda exatamente aquilo que quiser (seja verdade ou não). De maneira alguma o entrevistado será obrigado a responder de acordo com a maneira que pesquisadoras esperam.
- Em caso de se sentir desconfortável, ansioso ou mesmo desistindo da pesquisa, o responsável terá total direito de pedir que ela seja interrompida imediatamente ainda que já tenha assinado o TCLE. Caso o responsável não esteja na presença das pesquisadoras e desista de participar da pesquisa, o mesmo poderá entrar em contato e pedir que os documentos assinados e as informações dadas sejam eliminadas. O responsável não precisará se justificar caso não queira participar ou desista da pesquisa.

Justificativa:

Diversos estudos discutem a relação entre o comportamento do paciente especial considerando apenas a criança e o decorrer do procedimento, comentando a importância

do preparo do cirurgião dentista em saber lidar com a situação desde os casos de alterações comportamentais mais singelos aos mais complexos. Porém, poucos estudos consideram apenas a condição psicológica dos pais e de que maneira ela pode ser nociva para a criança que será submetida ao tratamento cujo sucesso depende fundamentalmente da colaboração do responsável e da criança.

Garantia de acesso aos pesquisadores

Em todas as etapas do estudo o senhor(a) terá pleno acesso à pesquisadora responsável, Prof^a. Dra. Gloria Fernanda Barbosa de Araújo Castro, pelo telefone (21) 3938-2101, Departamento de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Av. Prof Paulo Rocco, 325 - 1º andar; Cidade Universitária, Rio de Janeiro. Em caso de qualquer esclarecimento poderá também entrar em contato com a pesquisadora responsável através do telefone (21) 99640-6390 ou com a aluna autora deste trabalho, Flávia Adriane da Silva Corrêa pelo telefone (21)99115-9901.

Garantia de liberdade

A participação neste estudo é absolutamente voluntária (só participa se quiser). Dessa forma, todos os participantes estão livres para, a qualquer momento, negar o consentimento ou desistir de participar e retirar o consentimento, sem que isto traga qualquer tipo de dano ou impedimento. Lembramos, assim, que a recusa não trará nenhum prejuízo à relação com o pesquisador ou com a instituição. Mediante a aceitação, espera-se que o questionário seja respondido por completo.

Direito de confidencialidade e acessibilidade

Os dados colhidos no presente estudo serão utilizados para elaborar um trabalho de conclusão de curso. Porém, todas as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e garantimos sigilo das informações dos que aceitarem participar. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação do participante e ninguém, com exceção dos próprios pesquisadores, poderá ter acesso aos resultados da pesquisa. Cada participante somente poderá ter acesso aos próprios resultados. É assegurado o completo sigilo da identidade do responsável quanto à participação neste estudo, incluindo a eventualidade da apresentação dos resultados deste estudo na apresentação do mesmo, em congressos e periódicos científicos.

Despesas e compensações

O participante não terá, em momento algum, despesas financeiras pessoais. As despesas, assim, se ocorrerem, serão de responsabilidade dos próprios pesquisadores. Também, não haverá compensação financeira relacionada à participação nesta pesquisa.

Garantia de indenização

Este estudo não implica gastos financeiros para o senhor (a), apesar disso, é garantido o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa, inclusive o risco de quebra de confidencialidade.

Eventuais complicações e danos decorrentes da pesquisa são de responsabilidade do pesquisador, proporcionando assistência imediata e integral ao participante da pesquisa diante de qualquer anormalidade detectada.

Em caso de dúvidas ou questionamentos, pode se manifestar agora ou em qualquer momento do estudo para explicações adicionais.

Caso surja alguma dúvida quanto à ética do estudo, o(a) Sr.(a) deverá entrar em contato com o **CEP/HUCFF/FM/UFRJ de segunda a sexta-feira de 8h as 16h E-mail: cep@hucff.ufrj.br - Tel.: 3938-2480 e FAX: 3938-2481** no endereço Rua Rodolpho Paulo

Rocco, 255 - Cidade Universitária - Ilha do Fundão, 7º andar, Ala E; Contato: 3938-2480
Fax: 3938-2481.

O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) é um grupo de pesquisadores de várias disciplinas/assuntos, independente, que deve existir nos locais que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa, sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde), sendo responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O participante da pesquisa receberá uma via desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e uma outra via ficará com o pesquisador responsável por essa pesquisa. Além disso, o participante será avisado de que ele e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas desse TCLE.

CONSENTIMENTO

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, li e concordo em participar da pesquisa

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

CONSENTIMENTO

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, li e concordo em participar da pesquisa

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20__

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXO 1

Norman Corah's Dental Anxiety Questionnaire (DAS)

Nome do responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Data: _____

NORMAN CORAH'S DENTAL ANXIETY SCALE QUESTIONNAIRE (DAS)

1- Se o (a) senhor (a) tivesse que levar seu filho ao dentista amanhã, como o (a) senhor (a) se sentiria?

- a) Eu espero que seja uma experiência razoavelmente agradável
- b) Eu não me importaria de uma maneira ou de outra
- c) Eu estaria um pouco desconfortável
- d) Eu estaria com medo disso ser pouco prazeroso e doloroso
- e) Eu estaria muito assustado com o que o dentista irá fazer

2- Quando o (a) senhor (a) está esperando na sala de espera do dentista pela vez do seu filho deitar na cadeira, como o (a) senhor(a) se sente?

- a) Relaxado (a)
- b) Um pouco desconfortável
- c) Tenso (a)
- d) Ansioso (a)
- e) Tão ansioso (a) que as vezes eu transpiro muito e me sinto fisicamente doente

3- Quando seu (sua) filho (a) está sentado na cadeira enquanto o dentista pega as brocas para começar a trabalhar nos dentes do seu (sua) filho (a), como o (a) senhor (a) sente?

- a) Relaxado (a)
- b) Um pouco desconfortável
- c) Tenso (a)
- d) Ansioso (a)

e) Tão ansioso (a) que as vezes eu transpiro muito e me sinto fisicamente doente

4- Imagine que seu (sua) filho (a) está sentado na cadeira do dentista para fazer uma limpeza nos dentes. Enquanto você está esperando e o dentista ou auxiliar está pegando os instrumentos que vão raspar os dentes ao redor da gengiva do seu (sua) filho (a), como o (a) senhor (a) se sente?

a) Relaxado (a)

b) Um pouco desconfortável

c) Tenso (a)

d) Ansioso (a)

e) Tão ansioso (a) que as vezes eu transpiro muito e me sinto fisicamente doente

ANEXO 2

Questionário Ansiedade Traço – Estado de Spillberger traduzido

1ª parte: Dados de identificação

Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____

Questionário de auto avaliação para traço de ansiedade

Por favor, leia cada um dos itens abaixo e assinale o número que melhor indica como você geralmente se sente. Não gaste muito tempo em um único item.

Quase nunca – 1 Às vezes – 2 Frequentemente - 3 Quase sempre – 4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Sinto-me bem..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Canso-me com facilidade..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Tenho vontade de chorar..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Gostaria de ser tão feliz quanto os outros parecem ser. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Perco oportunidades porque não consigo tomar decisões rapidamente.... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sinto-me descansado(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Sou calmo(a), ponderado(a) e senhor de mim mesmo(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sinto que as dificuldades estão se acumulando de tal forma que não consigo resolvê-las..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Preocupo-me demais com coisas sem importância..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sou feliz..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Deixo-me afetar muito pelas coisas..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Não tenho confiança em mim mesmo(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Sinto-me seguro(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Evito ter que enfrentar crises ou problemas..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Sinto-me deprimido(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Estou satisfeita..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Ideias sem importância entram na minha cabeça e ficam me pressionando..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Levo os desapontamentos tão a sério que não consigo tirá-los da cabeça..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

19. Sou uma pessoa estável.....1 2 3 4
 20. Fico tenso(a) e perturbado(a) quando penso em meus problemas do momento.....1 2 3 4

2ª Parte: Questionário de auto avaliação para estado de ansiedade

Por favor, leia cada um dos itens abaixo e assinale o número que melhor indica como você se sente. Não gaste muito tempo em um único item.

Absolutamente não – 1 / Quase nunca – 2 / Bastante – 3 / Muitíssimo – 4

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Sinto-me calmo(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Sinto-me seguro(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Estou tenso(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Estou arrependido(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Sinto-me à vontade..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Sinto-me perturbado(a)..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Estou preocupada com possíveis infortúnios..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Sinto-me descansada..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Sinto-me ansiosa..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Sinto-me “em casa” | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Sinto-me confiante..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Sinto-me nervosa..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Estou agitada..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Sinto-me uma pilha de nervos..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Estou descontraída..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Sinto-me satisfeita..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Estou preocupada..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Sinto-me superexcitada e confusa..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Sinto-me alegre..... | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Sinto-me bem..... | 1 | 2 | 3 | 4 |

3ª Parte

Descreva como você se sente neste exato momento.
