

Ansiedade e Fobia Dentária – Avaliação Psicométrica num Estudo Transversal

Mariana Andias Ferreira *, M. Conceição Manso **, Sandra Gavinha ***

Resumo: *Objectivo:* O objectivo deste estudo foi avaliar a prevalência da ansiedade dentária, nos utentes das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentárias da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (FCS UFP), procurando contribuir para a compreensão dos factores etiológicos, que eventualmente, induzem o surgimento deste distúrbio patológico. *Materiais e Métodos:* Uma amostra de 150 utentes, com idade entre 15 e 64 anos, atendidos nas referidas clínicas entre os meses de Janeiro e Março de 2007, foi constituída de forma não probabilística, por quotas – género e faixa etária – elaboradas com base nos dados do último Recenseamento Geral da População Portuguesa, em 2001. A ansiedade e a fobia dos pacientes foram avaliadas através de uma escala de medição de ansiedade e outra para fobia dentária: Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) e Dental Fear Survey (DFS) – versões Portuguesas, aplicadas num questionário que continha ainda uma escala de classificação socio económica (Classificação de Graffard). *Resultados:* Como resultados mais relevantes salienta-se que, entre os 150 utentes inquiridos, 28,7% são “muito ansiosos ou fóbicos”, e 24% são “ansiosos”. Genericamente, a DFS parece mostrar um nível de ansiedade superior ao identificado pela MDAS. *Conclusões:* A maioria dos indivíduos classificados como “muito ansiosos” assume ter sido alvo de experiência anterior de trauma (22%), faltar às consultas “às vezes ou frequentemente” (17%) e recorrer a tratamentos dentários apenas “quando têm dores” (20%). Estes expressaram ainda que adiavam e faltavam às consultas, pelo medo, bem como sentiam maior temor perante os estímulos agulha e broca.

Palavras-Chave: Ansiedade; Fobia; Medo; Medicina dentária; Escalas de avaliação; Níveis de ansiedade

Abstract: *Objective:* The objective of this study was to evaluate the prevalence of dental anxiety in patients of Dental Medicine Clinics of the Faculty of Health Sciences at the University Fernando Pessoa, in order to make a contribution to the understanding of the etiological factors that may eventually lead to this pathological disorder. *Materials and Methods:* A sample of 150 patients, 15 to 64 years old, attending the clinics between the months of January till March, 2007, was built non-probabilistically by quotas – gender and age groups – based on the last Portuguese general census data, 2001. Anxiety and phobia assessment was performed using scales to measure anxiety and dental phobia: Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) and Dental Fear Survey (DFS) – Portuguese versions, applied with a questionnaire that also contained a socio economic classification (Graffard Classification). *Results:* As most relevant results, among the 150 patients, 28.7% are “very anxious or phobic”, and 24% are “anxious”. Generally, DFS shows higher levels of anxiety than the ones identified by MDAS. *Conclusions:* Most patients classified as “very anxious” assumed to have been the target of previous trauma experience (22%), “sometimes or often” miss consultations (17%) and only recur to dental treatments “when in pain” (20%). These patients said to have postponed and missed consultations because of fear, and that felt greater panic facing needle and drill stimuli.

Key-words: Anxiety; Phobia; Fear; Dentistry; Scales of assessment; Anxiety levels

(Ferreira MA, Manso MC, Gavinha S. Ansiedade e Fobia Dentária – Avaliação Psicométrica num Estudo Transversal. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2008;49:77-86)

* Licenciada em Medicina Dentária pela Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

** REQUIMTE, Doutora em Biotecnologia, Professora Associada, Docente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

*** Mestre em Saúde Oral Comunitária, Docente da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

INTRODUÇÃO

Desde o início do século XX, particularmente nas últimas três décadas, e até ao presente, testemunha-se o desenvolvimento galopante de uma Medicina Dentária cada vez mais eficiente, de melhor qualidade, capaz e apta a oferecer alternativas de crescente sofisticação e praticabilidade, para solucionar os problemas de saúde oral dos pacientes. A importância do estudo da componente emocional dos pacientes surge como um diferencial clínico na nossa época, que é marcada por descobrimentos tecnológicos acentuados. Conhecer minimamente o psiquismo dos pacientes, adquirir um conhecimento mais profundo do sentimento e do sentido do medo, e o quanto este pode afectar, não só a relação profissional/paciente, mas também a execução dos procedimentos no consultório e o desenvolvimento do trabalho Médico Dentário, torna-se primordial para o profissional que deseja fazer um excelente atendimento. Os tratamentos nesta área Médica, por si só, são passíveis de produzir ansiedade, excitação e medo nos pacientes, constituindo uma barreira para a manutenção da saúde oral, sendo constatado à escala universal, e não se restringindo apenas a países específicos ou a grupos populacionais. Este é um problema sério detectado em vários estudos espaçados no tempo^(1, 2, 3, 4). A prevalência geral de medo é de cerca de 20 % em adultos, mesmo em países com sistemas de saúde oral bem estruturados⁽⁵⁾. A procura pela sua compreensão, tem impulsionado o desenvolvimento de variados instrumentos psicométricos que permitam a avaliação desta forma específica de ansiedade, a determinação da sua prevalência e impacto, o perspectivar do seu diagnóstico e tratamento individualizados.

A maioria dos profissionais de Medicina Dentária considera a ansiedade dentária como uma componente de dimensão psicológica, extremamente relevante para a sua prática, bem como, um impedimento para a plena satisfação por parte dos pacientes. A diferença entre o medo e a ansiedade parece ser apenas a intensidade. A ansiedade está intimamente relacionada ao medo, sendo uma das suas particularidades o seu carácter de resposta a alguma ameaça⁽⁶⁾. A ansiedade e a fobia dentária podem ser descritas como um estado subjectivo de sentimento ou reacção perante uma situação desconhecida, de possível perigo, correspondente a uma mentira do subconsciente. A ansiedade caracteriza-se por uma diversidade de sentimentos subjectivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação que são experimentados por um indivíduo num momento particular⁽⁷⁾. A existência de vários estudos de diversos autores, em populações adultas de diferentes países, defende que existe uma prevalência variável de 5% a 20% de ansiedade dentária elevada^(2,8). Desta forma, é natural que surja ansiedade específica,

traduzindo-se por atitudes de repulsa e recusa por parte do paciente e que começa a ser realmente problemática quando, em função desta, ele adopta comportamentos que interferem com a visita regular ou rotineira, bem como preventiva, às consultas de Medicina Dentária.

De um modo geral, o medo da dor, a partir de uma experiência desconfortável no passado, é o factor principal da causa da ansiedade dentária e é responsável pela maioria dos casos de pacientes que evitam o tratamento Médico-Dentário⁽⁹⁾. Experiências negativas podem surgir como sequela de experiências traumáticas recentes, atitudes negativas de familiares, receio da dor, percepção da falência de um tratamento, tratamento doloroso anterior, que reportam ser os factores etiológicos das reacções de temor.

O objectivo do presente estudo foi avaliar a prevalência da ansiedade dentária, nos utentes das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentárias da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (FCS-UFP), procurando contribuir para a compreensão dos factores etiológicos, que eventualmente, induzem o surgimento deste distúrbio patológico, e ainda para diminuir a carência de dados de prevalência da ansiedade dentária na População Portuguesa.

MATERIAIS E MÉTODOS

Participantes

O estudo decorreu na sala de espera das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa (FCS UFP), antes do atendimento do utente, entre os meses de Janeiro e Março de 2007 e teve como alvo uma população com faixa etária 15 a 64 anos e de ambos os géneros.

A amostra de 150 utentes (adolescentes e adultos), foi recolhida por conveniência, e para evitar um afastamento da realidade demográfica Portuguesa, foi construída por quotas calculadas com base na distribuição por género e faixa etária consideradas segundo os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística para a População Residente no Grande Porto no ano 2005⁽¹⁰⁾ e pelos resultados definitivos do Recenseamento Geral da População e Habitação de 2001⁽¹¹⁾. Todos os indivíduos seleccionados para o estudo foram entrevistados por uma única pessoa, evitando o risco de erro ou viés e a necessidade de calibragem de entrevistadores.

Descrição dos Instrumentos – Aplicação e pontuação

A colheita de informação foi executada através de um questionário composto por questões de resposta direccionada e fecha-

da. Os instrumentos utilizados para a avaliação da ansiedade e fobia dentária, foram a versão portuguesa da Modified Dental Anxiety Scale (MDAS) de Lopes⁽¹²⁾, segundo a versão original de Humphris⁽¹³⁾ e a versão portuguesa da Dental Fear Survey (DFS) de Lopes⁽¹⁴⁾, escala originalmente elaborada por Kleinknecht⁽¹⁵⁾. A Escala de Graffard foi utilizada como instrumento avaliador do escalão socio económico de cada indivíduo.

A MDAS é uma escala calculada através da soma das pontuações para 5 itens, cujas respostas possíveis compreendem cinco pontos [de 1 “nada ansioso” a 5 “extremamente ansioso”], e que pode variar entre 5 (ansiedade baixa) a 25 (ansiedade alta). Para efeitos clínicos, uma pontuação de 19 ou superior, indicia uma forte probabilidade de o entrevistado apresentar uma fobia relativamente à consulta de Medicina Dentária^(12,16), e assim esses indivíduos foram classificados como muito ansiosos.

A escala DFS é constituída por um questionário mais pormenorizado, com 20 situações distintas, relacionadas com a consulta de Medicina Dentária: os itens 1 e 2 focam o acto de evitar a consulta; os itens 3 a 7 dizem respeito a sinais auto-percepcionados de activação fisiológica durante a consulta; os itens 8 a 19 avaliam o medo, ansiedade ou desconforto relacionados com estímulos e procedimentos específicos e o item 20 fornece uma classificação global do medo da consulta de Medicina Dentária.

A Escala de Graffard é uma classificação social internacional, baseada no estudo de um conjunto de cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita. Cada um destes 5 critérios é avaliado numa escala de 1 (situação mais favorável) a 5 (pior classificação), e pela soma das avaliações dos 5 critérios obtém-se o valor correspondente à classe social do indivíduo, segundo o seguinte critério: 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.

Análise Estatística

Todos os procedimentos de análise estatística foram realizados com recurso ao aplicativo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®, versão 15.0), por aplicação de ferramentas adequadas. Considerou-se um nível de significância de 0,05, ou seja rejeitou-se a hipótese nula (considerada em cada teste) em situações em que a probabilidade associada ao valor de prova (p) foi inferior a esse valor. A comparação da idade dos inquiridos por género foi realizada através de um teste t para grupos independentes. A aplicação da análise de variância (ANOVA) a um factor para comparação da idade dos inquiridos por escalão social, foi precedida da verificação dos seus pressupostos de aplicabilidade (normalidade das observações – teste de Kolmogorov-

Smirnov com correcção de Lilliefors (também utilizado no teste t), e homogeneidade de variância – teste de Levene). A inferência sobre quais os grupos diferentes entre si foi pesquisada pelo teste de comparação múltipla de Scheffé.

Foi aplicado o teste de Qui-quadrado de independência para estudar a associação ou dependência entre variáveis.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

Neste estudo foram inquiridos 150 pacientes das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da FCS-UFP, 77 (51,3%) do género feminino, que se encontravam na sala de espera aguardando consulta (Tabela 1). Os inquiridos apresentaram uma média (desvio padrão) de idade de 38,3^(13,8) anos, sendo 38,5⁽¹⁴⁾ anos para o género feminino e de 38,1^(13,7) anos para o género masculino. Verificou-se não existir diferenças significativas para a idade com o género. Relativamente à distribuição de inquiridos (n; %) por escalão social, apurou-se que a maioria dos pacientes (59; 39,3%) pertenciam à classe Classe III, seguidos por pacientes da Classe II (47; 31,3%), tendo os pacientes da Classe II média de idade significativamente mais baixa que as restantes (Tabela 1).

Análise das variáveis relacionadas com o Comportamento Individual

A maioria dos pacientes questionados (58; 38,7%) referiu apenas recorrer ao Médico Dentista “quando tem dores”, enquanto que 116 (77,3%) assumem “nunca faltar a consultas devido ao medo” (Tabela 2). Observou-se que apenas 78 (52%) dizem não ter tido “experiência traumática” num consultório de Medicina Dentária (Tabela 2).

De entre os inquiridos, 116 pacientes (77,3%), afirmaram desconhecer a ocorrência de algum acidente num consultório de Medicina Dentária. Relativamente à influência da ocorrência de acidentes, 80% dos utentes, manifesta que esse facto não afecta o seu comportamento, mas a maioria, 82%, dos pacientes conhece familiares ou amigos próximos que relatam ter “medo” de visitar o Médico Dentista (Tabela 3).

Escala MDAS e DFS

Da aplicação da escala MDAS aos inquiridos nas Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da FCS-UFP pode verificar-se que 47,3% são classificados como pacientes “sem ansiedade”, 24% como “ansiosos” e 28,7% como “muito ansiosos”. A escala DFS revela uma outra realidade, com 5,3% de “moderadamente ansioso”, 40% de “ansiosos”, 40% de “muito ansiosos” e 14,7% de “fóbicos” (Tabela 4).

		n (%)	Idade (anos)			p
			Mínimo - Máximo	Média (DP)	Mediana	
Amostra Total		150 (100%)	15 - 64	38,3 (13,8)	37,5	0,857*
Género	Masculino	73 (48,7%)	16 - 63	38,1 (13,7)	37	
	Feminino	77 (51,3%)	15 - 64	38,5 (14)	38	
Classificação de Graffard	Classe I	23 (15,3%)	23 - 58	35,8 ^{ab} (10,2)	35	0,009***
	Classe II	47 (31,3%)	16 - 63	33,9 ^b (13,6)	32	
	Classe III	59 (39,3%)	15 - 62	40,7 ^a (13,9)	43	
	Classe IV	21 (14%)	15 - 64	44,3 ^a (14,5)	42	

Tabela 1 - Descrição da amostra por variáveis sócio-demográficas. Estatísticas mais relevantes.

* teste t para grupos independentes; *** ANOVA; ^{a,b} letras diferentes indicam grupos significativamente diferentes de acordo com o teste de comparação múltipla à posteriori de Scheffé.

Pergunta	Resposta	n (%)
"Com que frequência vem à consulta de Medicina Dentária?"	Nunca	3 (2,0)
	Quando dores	58 (38,7)
	Uma vez por ano	27 (18,0)
	De 6 em 6 meses	35 (23,3)
	Várias vezes ano	27 (18,0)
"Frequência com que falta às consultas devido ao medo"	Nunca	116 (77,3)
	Às vezes	21 (14,0)
	Frequentemente	13 (8,7)
"Já teve alguma experiência traumatizante num consultório de Medicina Dentária?"	Sim	72 (48,0)
	Não	78 (52,0)

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes relativamente à frequência de consulta, última consulta, faltas às consultas por medo e experiências anteriores de trauma.

Pergunta	Resposta	n (%)
"Já teve conhecimento de algum acidente grave num consultório de Medicina Dentária?"	Sim	34 (22,7)
	Não	116 (77,3)
"Esse relato influenciou o seu comportamento nas consultas de Medicina Dentária?"	Sim	30 (20,0)
	Não	120 (80,0)
"Os seus familiares, amigos e pessoas com que convive têm medo de ir ao Médico Dentista?"	Sim	123 (82,0)
	Não	27 (18,0)

Tabela 3 - Distribuição dos pacientes consoante o seu relato de conhecimento de ocorrência de acidentes na clínica, influencia destes acidentes no comportamento do utente, compreensão do tratamento e conhecimento de outras pessoas com medo de ir ao Médico Dentista

Escala	Categoria	n (%)	Género		Escala de Graffard			
			Masculino n (%)	Feminino n (%)	Classe I n (%)	Classe II n (%)	Classe III n (%)	Classe IV n (%)
MDAS	Sem Ansiedade	71 (47,3%)	39 (26%)	32 (21,3%)	12 (8%)	21 (14%)	30 (20%)	8 (5,3%)
	Ansioso	36 (24%)	14 (9,3%)	22 (14,7%)	3 (2%)	14 (9,3%)	14 (9,3%)	5 (3,3%)
	Muito Ansioso	43 (28,7%)	20 (13,3%)	23 (15,3%)	8 (5,3%)	12 (8%)	15 (10%)	8 (5,3%)
DFS	Moderad. Ansioso	8 (5,3%)	3 (2%)	5 (3,3%)	2 (1,3%)	3 (2%)	2 (1,3%)	1 (0,7%)
	Ansioso	60 (40%)	32 (21,3%)	28 (18,7%)	5 (3,3%)	21 (14%)	25 (16,7%)	9 (6%)
	Muito Ansioso	60 (40%)	29 (19,3%)	31 (20,7%)	14 (9,3%)	17 (11,3%)	23 (15,3%)	6 (4%)
	Extremamente Ansioso/Fóbico	22 (14,7%)	9 (6%)	13 (8,7%)	2 (1,3%)	6 (4%)	9 (6%)	5 (3,3%)

Tabela 4 - Distribuição de frequência dos inquiridos segundo a escala de ansiedade MDAS e a escala DFS, assim como a sua relação com o género e a escala socio-económica. As percentagens apresentadas são calculadas sobre o total de indivíduos observados (150).

	Adiar n (%)	Faltar / Cancelar n (%)
Nunca	67 (44,7)	68 (45,3)
As vezes	43 (28,7)	44 (29,3)
Muitas vezes	22 (14,7)	21 (14,0)
Frequentemente	15 (10,0)	15 (10,0)
Quase sempre	3 (2,0)	2 (1,3)

Tabela 5 - Distribuição de frequência de respostas relativamente a adiamento e cancelamento de consultas. Salientam-se alguns resultados a negrito.

	Tensão n (%)	Respiratório n (%)	Sudação n (%)	Enjoo n (%)	Cardíaco n (%)
Nunca	2 (1,3)	2 (1,3)	12 (8,0)	27 (18,0)	3 (2,0)
As vezes	20 (13,3)	29 (19,3)	53 (35,3)	65 (43,3)	23 (15,3)
Muitas vezes	32 (21,3)	33 (22,0)	34 (22,7)	30 (20,0)	36 (24,0)
Frequentemente	36 (24,0)	33 (22,0)	23 (15,3)	19 (12,7)	37 (24,7)
Quase sempre	60 (40,0)	53 (35,3)	28 (18,7)	9 (6,0)	51 (34,0)

Tabela 6 - Frequência de respostas de para as alterações fisiológicas activadas durante o tratamento. Salientam-se alguns resultados a negrito.

Foi apurado que 44,7% dos pacientes assumiram “nunca” ter adiado e 45,3% “nunca” ter cancelado uma consulta pelo factor “medo”. Contudo, deve salientar-se que 55,3% admitiu já ter adiado, independentemente da frequência com que o fez (Tabela 5).

As respostas de activação fisiológica durante o tratamento Médico-Dentário mostram que “quase sempre” é sentido um “aumento da tensão muscular” (40%), do “ritmo respiratório” (35,3%) e do “ritmo cardíaco” (34%). Já o “aumento da sudação” e o “enjoo” é “às vezes” sentido pelos pacientes em 35,3% e 43,3%, respectivamente (Tabela 6).

Ao “marcar a consulta” e ao “aproximar-se do consultório”, 42% e 33,3% dos pacientes, respectivamente, sentem “medo”. De salientar que, na “sala de espera” e “na cadeira do Dentista” ninguém se manifesta “sem medo”. De facto, 28,7% confessam sentir “muito medo” na “sala de espera”, enquanto 30% dizem estar “aterrorizados” “na cadeira do dentista”. Os acontecimentos “cheiro do consultório” e “ver o dentista”, não parecem provocar “medo” na maioria dos utentes (Tabela 7).

Da análise da Tabela 8 verifica-se que “ver a agulha” (40,7%), “sentir agulha” (50%), “ver a broca” (30,2%), “ouvir a broca”

	Marcar Consulta n (%)	Aproximar Consultório n (%)	Sala espera n (%)	Cadeira Dentista n (%)	Cheiro consultório n (%)	Ver dentista n (%)
Sem medo	9 (6,0)	2 (1,3)	0 (0)	0 (0)	71 (47,3)	92 (61,3)
Pouco medo	51 (34,0)	38 (25,3)	30 (20,0)	22 (14,7)	46 (30,7)	43 (28,7)
Medo	63 (42,0)	50 (33,3)	42 (28,0)	43 (28,7)	13 (8,7)	7 (4,7)
Muito medo	24 (16,0)	42 (28,0)	43 (28,7)	40 (26,7)	14 (9,3)	5 (3,3)
Aterrorizado	3 (2,0)	18 (12,0)	35 (23,3)	45 (30,0)	6 (4,0)	3 (2,0)

Tabela 7 - Frequência de respostas de ansiedade antecipatória mediante diversos acontecimentos. Salientam-se alguns resultados a negrito.

	Ver agulha n (%)	Sentir agulha n (%)	Ver broca n (%)	Ouvir broca n (%)	Sentir broca n (%)	Fazer limpeza n (%)	Medo global n (%)
Sem medo	2 (1,3)	0 (0)	1 (0,7)	1 (0,7)	0 (0)	3 (2)	18 (12)
Pouco medo	16 (10,7)	15 (10)	24 (15,4)	21 (14)	20 (13,3)	54 (36)	25 (16,7)
Medo	44 (29,3)	41 (27,3)	47 (31,5)	38 (25,3)	41 (27,3)	50 (33,3)	36 (24)
Muito medo	27 (18)	19 (12,7)	33 (22,2)	31 (20,7)	29 (19,3)	28 (18,7)	35 (23,3)
Aterrorizado	61 (40,7)	75 (50)	45 (30,2)	59 (39,3)	60 (40)	15 (10)	36 (24)

Tabela 8 - Distribuição de frequência para o medo sentido com diversos estímulos. Salientam-se alguns resultados a negrito.

(39,3%) e “sentir a broca” (40%) são estímulos que deixam os pacientes “aterrorizados”. Porém, ao classificar “medo global”, 24% dos pacientes afirmam sentir “medo” e apenas 24% se confessam “aterrorizados”. O simples acto clínico de “fazer uma limpeza” transmite “medo” a 33,3% e deixa “aterrorizados” 10%. De sublinhar que diante dos estímulos “sentir agulha” e “sentir a broca” nenhum dos entrevistados se manifestou “sem medo” (Tabela 8).

Associação entre a escala MDAS e a frequência da consulta

Os resultados permitem concluir que a classificação MDAS está significativamente associado a “experiência anterior de trauma”, “falta à consulta devido ao factor medo” e “frequência de consulta” (Teste Qui quadrado, $p < 0,05$). Assim, a maior parte dos pacientes com experiência de trauma apresentam ansiedade muito elevada e os mais ansiosos tendem a faltar mais às consultas. Dos indivíduos classificados como “muito ansiosos”, 17% ($n=26$) faltam “às vezes ou frequentemente” (Tabela 9). Quando interrogados “Com que frequência vem à consulta de Medicina Dentária?”, 20% ($n=30$) dos “muito ansiosos” referem vir “nunca ou apenas quando têm dores”.

Associação entre a escala MDAS e os relatos dos pacientes

Verifica-se que o resultado da classificação MDAS está signi-

ficativamente associado a “conhecimento de acidentes em consultórios”, a “influência do relato de acidentes” e a “conhecer outros com medo” (Teste Qui-quadrado, $p < 0,05$). Os mais ansiosos são os que mais conhecem acidentes em consultórios (Tabela 10). Quando interrogados “Os seus familiares, amigos e pessoas com que convive têm medo de ir ao Médico Dentista?”, dos que referem terem “conhecimento de outras pessoas com medo”, 32% são classificados de “sem ansiedade”, 22% são classificados de “ansiosos” e 28% de “muito ansiosos” (Tabela 10).

Associação entre as escala MDAS e DFS e variáveis sócio-demográficas

O resultado da classificação de ambas as escalas não se encontra associado nem com o género nem com a classificação socio-económica dos pacientes (ver Tabela 5) (teste de Qui-quadrado: MDAS vs. género, 2 g.l., $p=0,276$; MDAS vs. classificação, 6 g.l., $p=0,696$; DFS vs. género, 3 g.l., $p=0,693$; DFS vs. classificação, 9 g.l., $p=0,477$).

Análise da correspondência de categorias entre a escala DFS e a escala MDAS

Uma análise de correspondências permite identificar associações relativamente claras entre as classificações atribuídas pela MDAS e pela DFS. Genericamente, a DFS parece mostrar um nível de ansiedade ligeiramente superior ao identificado pela

Pergunta (variável)	Resposta (categoria)	MDAS			g.l.	p
		Sem Ansiedade n (%)	Ansioso n (%)	Muito Ansioso n (%)		
Experiência anterior de trauma	Sim	24 (16,0%)	15(10,0%)	33(22,0%)	2	0,000035
	Não	47(31,0%)	21(14,0%)	10(7,0%)		
Falta a consultas por medo ¹	Nunca	67 (45,0%)	32 (21,0%)	17 (11,0%)	2	0,000000000017
	Às vezes ou frequentemente	4 (3,0%)	4 (3,0%)	26 (17,0%)		
Frequência de consulta ²	Nunca ou quando tem dores	19 (13,0%)	12 (8,0%)	30 (20,0%)	4	0,00005
	Uma vez por ano	17 (11,0%)	4 (3,0%)	6 (4,0%)		
	De 6 em 6 meses	35 (23,0%)	20 (13,0%)	7 (5,0%)		

¹ a variável foi reclassificada, agregando-se as respostas para “às vezes” e “frequentemente”;

² a variável foi reclassificada, agregando-se as respostas para “nunca” e “quando tem dores”.

Tabela 9 - Frequência de respostas obtidas para perguntas relacionadas com frequência de consultas, situações de medo e de trauma, por grau de ansiedade da escala MDAS. Valor de prova (p) para a associação estatística (teste de Qui-Quadrado de independência, graus de liberdade (g.l.)) entre as variáveis apresentadas e a escala MDAS.

Pergunta (variável)	Resposta (categoria)	MDAS			g.l.	p
		Sem Ansiedade n (%)	Ansioso n (%)	Muito Ansioso n (%)		
Conhecimento de acidentes	Sim	7 (4,7%)	12 (8%)	15 (10%)	2	0,002
	Não	64 (42,7%)	24 (16%)	28 (18,7%)		
Influência do relato de acidentes	Sim	7 (4,7%)	8 (5,3%)	15 (10%)	2	0,005
	Não	64 (42,7%)	28 (18,7%)	28 (18,7%)		
Conhecimento de outros terem medo	Sim	48 (32%)	33 (22%)	42 (28%)	4	0,000061
	Não	23 (15,3%)	3 (2%)	1 (0,7%)		

Tabela 10 - Frequência de respostas obtidas para perguntas relacionadas com relatos dos pacientes sobre acidentes no consultório (conhecimento e influência) e medo, por grau de ansiedade da escala MDAS. Valor de prova (p) para a associação estatística (teste de Qui-Quadrado de independência, graus de liberdade (g.l.)) entre as variáveis apresentadas e a escala MDAS.

MDAS (Figura 1). Assim, os que são classificados como “não ansiosos” pela Escala MDAS são classificados como sendo “ansiosos” ou apenas “moderadamente ansiosos” pela DFS. Os “ansiosos” na Escala MDAS são “muito ansiosos” segundo a DFS, e os “muito ansiosos” (MDAS) são classificados como fóbicos pela Escala DFS.

DISCUSSÃO

Com o intuito de se proceder à avaliação da ansiedade do

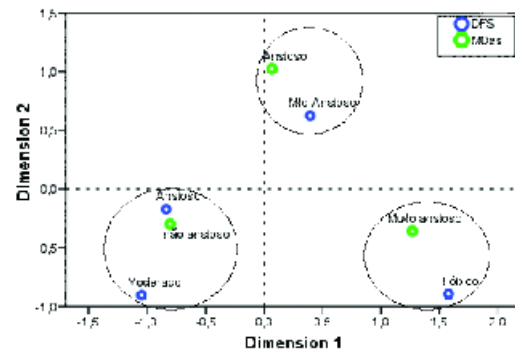


Figura 1 - Análise da correspondência de categorias entre a Escala de DFS e a Escala de MDAS

paciente, identificação do paciente ansioso antes da consulta, o seu nível de ansiedade, surgiram instrumentos de avaliação, com escalas como as usadas neste estudo: MDAS e DFS. Neste estudo, as escalas foram aplicadas com o objectivo de avaliar a ansiedade e fobia dos pacientes das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa. Convém, no entanto, salientar a carência de dados epidemiológicos no que concerne a estudos da prevalência da ansiedade dentária na População Portuguesa.

Da frequência da consulta, verifica-se que 38,7% da amostra dos pacientes inquiridos, recorre à consulta apenas “quando tem dores” e 48% refere ter experimentado trauma num consultório dentário. Foi verificada uma associação estatisticamente significativa com a classe socio-económica ($p=0,0027$), sendo a classe mais elevada ou seja aquela com maior poder económico, a que menos espaça as consultas. Este resultado é corroborado com o reportado pelos estudos de Doerr *et al.*⁽¹⁷⁾ e de Raadal *et al.*⁽¹⁸⁾, uma vez que é verificada a associação entre a “frequência da consulta” e “classe socio económica”, sendo a classe socio-económica mais desfavorecida a que espaça mais as consultas, motivada pela escassez de recursos financeiros. O peso sócio económico pode surgir como casuística da diminuição da frequência de consulta, a uma menor disponibilidade financeira que, por consequência, gera uma diminuição de recurso a consultas.

Averiguou-se que 116 utentes (77,3% da amostra), “nunca” faltavam à consulta pelo motivo “medo” mas 22,7% (34, englobando a soma de respostas “às vezes” e “frequentemente”) assumem faltar. Verifica-se uma associação significativa entre os indivíduos que “faltam à consulta por medo” com a “experiência anterior de trauma” ($p=0,00079$) e com “frequência de consulta” ($p=0,00016$). Assim, os indivíduos que mais faltam relatam “experiência anterior de trauma” e a maioria mostra tendência para o protelamento da consulta, só recorrendo a esta na presença de sintomatologia dolorosa. Para dar fundamento à associação aqui verificada, cita-se um estudo feito por Beck *et al.*⁽¹⁹⁾ onde se concluiu, que os pacientes que comparecem às consultas com menor regularidade, identificam-se como vítimas de procedimentos dentários anteriores, com episódios de trauma e em última instância, apenas recorrem a tratamento dentário quando têm dores.

Apoiado nos relatos dos pacientes, apurou-se que 82% dos participantes afirmaram “conhecer outras pessoas com medo” de irem ao Médico Dentista. Verificou-se uma associação significativa entre a “experiência anterior de trauma” e o “conhecimento de outros com medo” ($p=0,018$). Estes dados corroboram o estabelecido pelos Kleinknech e Alexander⁽¹⁵⁾. Estes defendiam que relatos ou influências externas de terceiros, baseadas em possíveis e hipotéticos traumas, seriam assimilados pelos

pacientes, de forma inconsciente, como percepções pré-adquiridas por imitação, acerca dos tratamentos e do próprio profissional. O testemunho de terceiros com patologia ansiosa, pode influenciar a visão e o temor percebidos ou perspectivados pelos utentes, facto evidenciado no estudo de Arntz *et al.*⁽²⁰⁾ que alegam ainda que os comportamentos fóbicos podem ser predispostos quer pela adopção de modelos comportamentais, quer por imitação ou por informação apreendida da convivência com estes.

Após aplicação da escala MDAS, constatou-se que 52,7% da amostra, manifesta ansiedade, independentemente da sua severidade, isto é, quer sejam apenas “ansiosos” ou “muito ansiosos”. Registou-se ainda a supremacia de pacientes “muito ansiosos” sobre os “ansiosos”. A prevalência neste estudo de pacientes com “medo” ou “muito ansiosos” é de 28,7%. O valor percentual de ansiedade obtido é dispar e superior ao defendido por Gatchel *et al.*⁽⁵⁾, Milgrom *et al.*⁽⁸⁾ e por Hakeberg *et al.*⁽²⁾, que afirmam que a prevalência deste tipo de ansiedade elevada, é de cerca de 20% nos adultos. Contudo, Johgh *et al.*⁽²¹⁾ mediante estudos seus, defende que a percentagem de pacientes com fobia dentária ronda os 40% na população Europeia e Norte Americana. Este valor revela-se bem superior ao apurado na realidade em estudo.

Relativamente a MDAS versus Frequência da consulta, apurou-se que, dos pacientes “muito ansiosos”, 20 % tende a recorrer às consultas de Medicina Dentária apenas “quando tem dores” e que 17% falta às consultas “às vezes ou frequentemente” devido a “medo”. Constata-se ainda que, dos utentes classificados por MDAS como “muito ansiosos”, em 33 casos é referida “experiência anterior de trauma”. A classificação de MDAS encontra associação significativa com “experiência anterior de trauma” com $p=0,000035$; “frequência da consulta” com $p=0,00005$ e “faltas à consulta por medo” (Tabela 9). Esta elevada ansiedade dos traumatizados foi comprovada por Liddel⁽²²⁾ e De Jongh *et al.*⁽²³⁾. Moore *et al.*⁽²⁴⁾ defendem ainda que os pacientes com ansiedade dentária elevada, tendem a protelar a consulta até surgir sintomatologia, faltam regularmente e relatam vivências negativas em consultórios de Medicina Dentária. Por sua vez os que exprimem menor ansiedade, são os que visitam regularmente o Médico Dentista.

Já para DFS, verificou-se que a maioria 55,3% adiou a consulta e que 54,7% admite já ter faltado. Os valores resultantes do presente estudo, diferem da prevalência avançada pelo estudo de Erten *et al.*⁽²⁵⁾, efectuado numa clínica dentária universitária, em que 10,5% dos pacientes adiam as consultas e 4,9% cancelam a marcação, valores bem inferiores aos verificados. Para além disto, estes autores assumem que eventuais tratamentos invasivos podem causar percepções negativas no paciente e

serem factores indutores para o adiamento e cancelamento da consulta. Verificou-se associação significativa entre “adiar” e “faltar à consulta” com “experiência anterior de trauma”, com valores de teste de Qui-quadrado, respectivamente, $p=0,00061$ e $p=0,001$. Assim, os que adiam ou faltam à consulta com mais frequência são os que manifestam já terem sido alvo de “experiência anterior de trauma”.

A maioria dos utentes, na “marcação de consulta” e na “aproximação do consultório” manifestam sentir “medo”. Na “sala de espera”, os pacientes sentem “muito medo” e “na cadeira do dentista”, sentem-se “aterrorizados”. Já perante “cheiro do consultório” e “ver o dentista”, os pacientes manifestam-se “sem medo”. De sublinhar que: na “sala de espera” e na “cadeira do dentista”, nenhum paciente refere se sentir “sem medo” (Tabela 7). É defendido por Lopes⁽¹²⁾ que estes acontecimentos encontram tradução sob a forma de impactos fisiológicos, isto é, alterações fisiológicas que, na véspera da consulta, o paciente já as manifesta, aumentando de intensidade na sala de espera do consultório, atingindo o pico na altura do início da consulta. Tal gradação, do aumento de ansiedade por antecipação, verifica-se nos dados coligidos.

Quanto aos estímulos desencadeantes de medo dentário, constata-se que “ver a agulha”, “sentir a agulha”, “ver a broca”, “ouvir a broca” e “sentir a broca” são estímulos capazes de fazer o paciente sentir-se “aterrorizado” (Tabela 8). Estes resultados corroboram e aproximam-se das conclusões obtidas por alguns autores⁽²⁶⁾, em que o medo das injeções e do ruído eram os temores mais flagrantes. Milgrom *et al.*⁽²⁷⁾, apurou que a “visão

da seringa”, o “sentir da agulha” e o “ouvir e sentir da broca” são alguns dos estímulos que produzem uma maior resposta de medo.

CONCLUSÕES

A maioria dos pacientes das Clínicas Pedagógicas de Medicina Dentária da FCS-UPF apenas recorre a tratamentos Médico-Dentários quando tem dores, nunca falta à consulta por “medo”, não foi alvo de trauma durante tratamentos, desconhece a ocorrência de acidentes em consultórios de Medicina Dentária, não é influenciada por relatos de acidentes e priva com pessoas próximas que manifestam medo de ir ao Médico Dentista. No entanto, a escala MDAS revelou que 52,7% dos utentes apresentam ansiedade dentária, sendo que se revela a supremacia dos “muito ansiosos” sobre os “ansiosos”.

Os “muito ansiosos” só frequentam a consulta “quando têm dores”, faltam recorrentemente à consulta movidos pelo “medo” e relatam “experiência anterior de trauma”. São os que mais conhecem acidentes em ambiente de consultório, os que mais se sentem influenciados por relatos de tais factos e que, mais conhecem e convivem com pessoas próximas que exteriorizam medo perante a consulta.

Os fóbicos manifestam activação fisiológica exacerbada, padecem de ansiedade antecipatória ao “marcar a consulta” bem como na “sala de espera” temendo principalmente os estímulos agulha e broca.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *J Dent Res* 1969;48:596.
- 2 - Hakeberg M, Berggren V, Carlsson SG. Prevalence of dental anxiety in an adult population in a major urban area in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol* 1992;20:97-101.
- 3 - Pedrosa GWH, Ferreir CM, Gurgel-Filho ED, Fröner IC, Deus G, Coutinho-Filho T. Avaliação da ansiedade odontológica em pacientes submetidos ao tratamento de urgência odontológica. *Stoma* 2002;64:14-17.
- 4 - Rosa AL, Salata LA. Medida da ansiedade em pacientes submetidos à cirurgia bucal. *Revista Odontologica Universidade de São Paulo* 1988;2:77-80.
- 5 - Gatchel RJ, Ingersoll BD, Bowman L, Robertson MC, Walter C. The prevalence of dental fear and avoidance: a recent survey study. *J Am Dent Assoc* 1983;107:609-610.
- 6 - Panksepp J. Toward a general psychobiological theory of emotions. *Behavioural and Brain Sciences* 1982; 5:407-467.
- 7 - Spielberg CD. The nature and measurement of anxiety. In: Spielberg CD, Diaz-Guerrero R. *Cross cultural research on anxiety*. Washington DC, Hemisphere/Wiley, 1976; 3-11.
- 8 - Milgrom P, Fiset L, Melnick S, Weinstein P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a major US city. *J Am Dental Assoc* 1988;116:641-647.

- 9 - Peretz B, Moshonov J. Dental anxiety among patients undergoing endodontic treatment. *J Endod* 1998;4:435-437.
- 10 - INE. Estatísticas Demográficas 2005. Tema População e Sociedade. INE, I.P. Lisboa, Portugal, 2007; 26-34.
- 11 - INE, Recenseamento Geral da população e Habitação – 2001. Resultados Definitivos. Disponível em <http://www.ine.pt> [consultado em 20/11/2005].
- 12 - Lopes PN. Contribuição para o estudo da Ansiedade Dentária: Validação de uma versão portuguesa do Dental Anxiety Inventory em estudantes do Ensino Superior. [Dissertação apresentada como parte integrante dos requisitos para obtenção do grau de Mestre Saúde Pública]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra 2005.
- 13 - Humphris G, Morrison T, Lindsay SJE. The Modified Dental Anxiety Scale: validation and United Kingdom norms. *Community Dent Health* 1995;12:143-150.
- 14 - Lopes PN, Ponciano E, Pereira A, Medeiros J, Kleinknecht R. Psicometria da ansiedade dentária: Avaliação das características psicométricas de uma versão portuguesa do Dental Fear Survey. *Rev Port Estomatol Cir Maxilofac* 2004;45:133-146.
- 15 - Kleinknecht RA, Klepac RK, Alexander LD. Origins and characteristics of fear of dentistry. *J Am Dent Assoc* 1973;86:842-848.
- 16 - Humphris G, Clarke M, Freeman R. Does completing a dental anxiety questionnaire increase anxiety? A randomized controlled trial with adults in general dental practice. *Br Dent J* 2006;201:33-35.
- 17 - Doerr AP, Lang P, Nyquist LV. Factors Associated with Dental Anxiety. *J Am Dent Assoc* 1998;129:1111-1119.
- 18 - Raadal M, Milgrom P, Weinstein P, Mancl L. The Prevalence of Dental Anxiety in Children from Low-income Families and its Relationship to Personality Traits. *J Dent Res* 1995;74:1439-1443.
- 19 - Beck AT, Emery G, Greenberg RL. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York, Basic Books 1985.
- 20 - Arntz A, van Eck M, Heijmans M. Predictions of Dental Pain: the Fear of any Expected Evil, Is Worse Than The Evil Itself. *Behav Res Ther* 1990;28:29-41.
- 21 - de Jongh A, Muris P, Schoenmakers N, Horst G. Negative cognitions of dental phobics: reliability and validity of the dental cognitions questionnaire. *Behav Res Ther* 1995;33:507-515.
- 22 - Liddell A, Locker D. Changes in levels of dental anxiety as a function of dental experience. *Behav Modified* 2000;24:57-68.
- 23 - de Jongh A, Aartman IH, Brand N. Trauma-related phenomena in anxious dental patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003; 31(1):52-58.
- 24 - Moore R, Brodsgaard I, Birn H. Manifestations, acquisition and diagnostic categories of dental fear in a self-referred population. *Behav Res Ther* 1991;29:51-60.
- 25 - Erten H, Akarslan ZZ, Bodrumlu E. Dental fear and anxiety levels of patients attending a dental clinic. *Quintessence Int* 2006;37:304-310.
- 26 - Scott D, Hirschman R. Psychological aspects of dental anxiety in adults. *J Am Dent Assoc* 1982;104:27-31.
- 27 - Milgrom P, Weinstein P, Getz T. Treating Fearful Dental Patients - A Patient Management Handbook. 2nd, Revised ed. Seattle, Continuing Dental Education, University of Washington 1995.