

COMPORTAMENTO INFANTIL DURANTE CONSULTAS ODONTOLÓGICAS SEQUENCIAIS: INFLUÊNCIA DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, PSICOSSOCIAIS E MATERNAS.

MARIANA GONZALEZ CADEMARTORI¹; DENISE PAIVA DA ROSA²; DIONE DIAS TORRIANI³; MARÍLIA LEÃO GOETTEMMS⁴

¹Programa de Pós-Graduação em Odontologia - FO/Universidade Federal de Pelotas – marianacademartori@ymail.com

²PPGO Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Pelotas – nisypel@gmail.com

³PPGO Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Pelotas – dionedt@gmail.com

⁴PPGO Faculdade de Odontologia - Universidade Federal de Pelotas – mariliagoettems@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

Um dos maiores desafios enfrentados pelo Odontopediatra é o manejo do comportamento. O comportamento da criança no consultório odontológico é um fenômeno multifatorial (AMINABADI et al., 2011) e, estudos têm sugerido que alguns fatores podem predizer o comportamento infantil neste local. Crianças mais novas, as expectativas negativas dos pais, a presença de ansiedade, a timidez diante de estranhos, e o temperamento da criança poderiam predizer um comportamento negativo na clínica odontológica (AMINABADI et al., 2011). Experiências prévias podem influenciar o comportamento nas visitas seguintes (LENCHNER, 1966; DAVIDOVICH et al., 2013) reduzindo a resposta negativa, e permitindo que a criança distinga com segurança entre procedimentos estressantes e não estressantes (VENHAM; BENGSTON; CIPES, 1977). Em contrapartida, tratamentos emergenciais, em que a dor está presente, e aqueles que requerem o uso da anestesia parecem piorar o comportamento das crianças nas visitas subsequentes (VERSLOOT; VEERKAMP; HOOGSTRATEN, 2008). Além disso, a dor sentida durante o tratamento dentário pode induzir à ansiedade em visitas subsequentes (BUCHANAN; NIVEN, 2002), sugerindo que a natureza do procedimento dentário também deveria ser considerada pelo profissional.

Portanto, o conhecimento dos fatores que podem influenciar o comportamento da criança durante o atendimento odontológico é extremamente importante na Odontopediatria. O objetivo deste estudo foi avaliar o comportamento infantil durante visitas odontológicas sequenciais, conforme o tratamento a que a criança foi submetida, bem como investigar o efeito das características clínicas, maternas e psicossociais no comportamento infantil durante o atendimento odontológico.

2. METODOLOGIA

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da UFPel (Protocolo Nº 29/2013). Todas as mães e crianças foram convidadas a participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a sua participação e a de seus filhos. Os participantes deste estudo incluíram crianças de 7 a 13 anos de idade atendidas na Clínica Infantil, da Faculdade de Odontologia/UFPel, de junho (2013) a janeiro (2014). Todas as crianças atendidas na Clínica Infantil foram convidadas a participar deste estudo, mas apenas aquelas acompanhadas por suas mães e que tiveram quatro consultas odontológicas sequenciais avaliadas foram incluídas na amostra final. Crianças com diagnóstico médico de comorbidades, desordens físicas ou mentais foram excluídas.

A coleta de dados consistiu em entrevista para as mães e crianças, avaliação do comportamento durante o atendimento odontológico e, coleta de informações clínicas dos tratamentos realizados. O relato dos pais sobre os motivos para a busca por atendimento odontológico também foi coletado.

Na primeira consulta, o questionário foi aplicado às mães coletando informações demográficas e socioeconômicas das díades, percepção materna sobre o medo odontológico de seus filhos, uma escala de avaliação da ansiedade materna odontológica (*Dental Anxiety Scale – DAS*), dor dentária infantil nas últimas 4 semanas, experiências prévias e história de hospitalização das crianças. Em separado das mães, as crianças foram entrevistadas. Foram aplicadas duas perguntas, uma em relação à presença de dor nas últimas 4 semanas, e a outra sobre o relato de medo odontológico.

As crianças foram observadas durante quatro consultas odontológicas sequenciais. Cada criança foi atendida pelo mesmo operador em todas as visitas. Na primeira consulta, as crianças foram submetidas ao exame clínico bucal, instrução de higiene, e escovação supervisionada. Nas visitas seguintes, o tratamento foi conduzido conforme o plano de tratamento estabelecido na primeira consulta. O comportamento durante as visitas foi avaliado de acordo com a classificação da Escala de Frankl, que categoriza o comportamento em 4 escores: Definitivamente negativo, negativo, positivo, definitivamente positivo. Esta avaliação foi realizada por 2 observadores independentes, previamente treinados e calibrados. A concordância inter-examinadores foi avaliada pelo Coeficiente Kappa, com valores variando de 0,75 a 0,90

No final das consultas, os procedimentos realizados foram registrados na ficha clínica e, categorizados conforme a complexidade do tratamento. A complexidade do procedimento foi classificada em a) Minimamente invasivo (exame clínico e radiográfico, avaliação de risco de cárie, profilaxia, aplicação tópica de flúor, polimento da restauração), b) Invasivo (restauração com isolamento relativo e sem uso da anestesia; selamento de cavidades; aplicação de selante; tratamento ortodôntico), c) Muito invasivo (tratamento endodôntico, exodontias, restaurações com uso de isolamento absoluto e/ou anestesia). A presença materna durante o atendimento também foi registrada.

Para testar a metodologia proposta, um estudo piloto foi realizado envolvendo 24 crianças (7-13 anos de idade) atendidas na clínica infantil da Faculdade de Odontologia da UFPel.

A análise estatística foi realizada com o Stata 12.0 (Stata Corporation, College Station, TX, USA). Análise descritiva foi realizada para descrever as frequências relativas e absolutas, e calcular as prevalências das variáveis de interesse deste estudo. Os testes Qui quadrado e Exato de Fisher foram utilizados para analisar o efeito das variáveis categóricas e nominais no comportamento infantil. Regressão de Poisson com variância robusta foi utilizada para avaliar a associação entre as variáveis preditoras e o desfecho. Para a análise, o comportamento foi dicotomizado em positivo (definitivamente positivo e positivo) e negativo (definitivamente negativo e negativo). Esta estratégia permitiu a estimativa do Risco Relativo (RR) na comparação entre os grupos com um intervalo de confiança (IC) de 95%. Variáveis com valor de $P \leq 0.20$ na análise bruta foram incluídas no modelo. Para o modelo final, as variáveis foram consideradas significativas se tivessem o valor de $P \leq 0.05$ após os ajustes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 111 díades mãe-criança completaram os questionários (taxa de resposta = 100%). Nenhuma mãe ou criança se recusou a participar deste estudo. A maioria das crianças tinha entre 7 e 10 anos de idade (61,3%), 62 (55.9%) eram

meninas e 49 (44,1%) meninos. Além disso, 72,9% (n=81) das crianças pertenciam à estrutura familiar nuclear e 75,7% (n=84) tinha irmãos. A maioria das mães tinha entre oito ou menos anos de estudos (n=69; 62,2%) e apresentou baixo/moderado nível de ansiedade odontológica (n=96; 86,5%).

De acordo com o relato de medo odontológico, 37 crianças (33,3%) reportaram medo odontológico. Em relação à percepção materna, 34 (30,6%) mães relataram que seus filhos tinham medo odontológico. Dor dentária nas últimas 4 semanas foi reportada por 39 (35,1%) crianças. Em relação aos dados clínicos, todas as crianças apresentaram comportamento positivo na primeira consulta (100%), em que apenas procedimentos minimamente invasivos foram realizados. Nas consultas subsequentes, foi observada a prevalência do comportamento positivo (74,8%, 78,4% e 76,6%, respectivamente).

Na segunda visita, a análise bivariada mostrou uma alta prevalência de comportamento positivo para crianças sem medo, de acordo com o relato da mãe ($p<0.001$) e da criança ($p<0.001$), para crianças de mães com baixo/moderado nível de ansiedade ($p<0.001$), e aquelas cujas mães presenciaram o atendimento ($p=0.001$). Crianças que relataram dor dentária apresentaram alta frequência de comportamento negativo durante o tratamento ($p<0.001$). Em relação aos procedimentos clínicos, crianças que foram submetidas a tratamentos muito invasivos tiveram uma alta frequência ($p<0.001$) de comportamento negativo. A anestesia foi associada ao comportamento negativo ($p<0,001$). Crianças que foram submetidas a extrações dentárias por motivo de cárie dentária ($p<0,001$) e tratamento ortodôntico ($p=0,016$) apresentaram pior comportamento.

Na terceira visita, a frequência de comportamento positivo foi alta para crianças com mães com níveis baixos/moderados de ansiedade ($p<0.001$), cujas mães reportaram ausência de medo odontológico infantil ($p=0,005$), bem como as crianças ($p=0,014$), e sem dor dentária ($p<0.001$). Crianças cujas mães não acompanharam os atendimentos manifestaram melhor comportamento ($p=0,020$). A complexidade do tratamento ($p<0,001$), uso de anestesia ($p<0,001$), e extrações dentárias por cárie ($p<0,001$) foram associados com comportamento negativo.

Na quarta visita, houve associação significativa entre comportamento positivo e educação materna ($p=0,007$), baixo/moderado nível de ansiedade, relato infantil ($p<0,001$) e materno ($p=0,014$) de ausência de medo odontológico e ausência de dor dentária ($p=0,009$). Além da complexidade do tratamento ($p<0,001$), o uso da anestesia ($p<0,001$), do isolamento absoluto ($p<0,001$), e extrações por cárie dentária ($p=0,001$) tiveram uma influência negativa no comportamento infantil.

Após os ajustes da análise multivariada, a complexidade do tratamento foi fortemente associada com o desfecho nas três visitas sequenciais. Crianças que foram submetidas a tratamentos muito invasivos apresentaram um risco 6,6 vezes mais alto (95% IC: 2,6, 16,66) para manifestarem comportamento negativo que aquelas que foram submetidas a tratamentos invasivos na segunda consulta, 7,4 (95% IC: 2,39, 22,8) risco mais alto na terceira e um risco de 11,08 (95% CI: 3.71, 33.14) mais alto na quarta visita. O som da alta rotação, a aplicação da anestesia e a extração dentária são tidos como fatores provocadores de medo e ansiedade no consultório odontológico (SJOGREN et al., 2010).

A experiência de dor dentária nas últimas 4 semanas foi fortemente associada com comportamento negativo nas segunda e terceira consultas. Na terceira visita, o alto nível de ansiedade materna foi associado com comportamento negativo (RR = 2,30; 95% IC: 1,05, 5,06). Crianças cujas mães não estavam presentes durante o atendimento apresentaram risco de comportamento positivo (RR = 0,46; 95% CCI: 0,21, 0,99).

Na quarta visita, crianças que relataram medo odontológico apresentaram um risco de 2,44 vezes mais alto (95% CI: 1,45, 4,1) de comportamento negativo que aquelas que não relataram medo. Além disso, o risco de comportamento negativo foi significativamente mais alto nas crianças cujas mães apresentaram altos níveis de ansiedade (RR = 2,95; 95% IC: 1,24, 7,06).

4. CONCLUSÕES

Este estudo sugere que a complexidade do tratamento, especialmente o uso da anestesia, e a experiência de dor afetam negativamente o comportamento infantil. Além do procedimento, as características maternas e da criança também devem ser consideradas pelo dentista para predizerem e permitirem melhores estratégias de manejo do comportamento infantil durante o atendimento odontológico.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMINABADI, N. A.; PURALIBABA, F.; ERFANPARAST, L.; NAJAFPOUR, E.; JAMALI, Z.; ADHAMI, S. E. Impact of Temperament on Child Behavior in the Dental Setting. **Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects**, v. 5, n. 4, p. 119-122, 2011.

BUCHANAN, H.; NIVEN, N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v.12, n. 1, p. 47-52, 2002.

DAVIDOVICH, E.; WATED, A.; SHAPIRA, J.; RAM, D. The influence of location of local anesthesia and complexity/duration of restorative treatment on children's behavior during dental treatment. **Pediatric Dentistry**, v. 35 n. 4, p. 333-36, 2013.

LENCHNER, V. The effect of appointment length on behavior of the pedodontic patient and his attitude toward dentistry. **Journal of Dentistry for Children**, v. 33, n. 2, p. 61-74, 1966.

SJOGREN, A.; ARNRUP, K.; JENSEN, C.; KNUTSSON, I.; HUGGARE, J. Pain and fear in connection to orthodontic extractions of deciduous canines. **International Journal of Paediatric Dentistry**, v. 20, n. 3, p. 193-200, 2010.

VENHAM, L. L.; BENGSTON, D.; CIPES, M. Children's response to sequential dental visits. **Journal of Dental Research**, v. 56, n. 5, p. 454-459, 1977.

VERSLOOT, J.; VEERKAMP, J. S.; HOOGSTATEN, J. Pain behaviour and distress in children during two sequential dental visits: comparing a computerised anaesthesia delivery system and a traditional syringe. **Brazilian Dental Journal**, v. 205, n. 1/ E. 2, 2008.