

Fatores relacionados ao autorrelato de dor infantil no atendimento odontológico.

LAIZA FLORES DA SILVA¹; FERNANDA BURKET MATHIAS²; MARIANA GONZALEZ CADEMARTORI³; MARÍLIA LEÃO GOETTEMMS⁴;

¹Universidade Federal de Pelotas – laiza.ag@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – fehmathias@hotmail.com

³Universidade Federal de Pelotas – marianacademartori@ymail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – mariliagoettems@hotmail.com

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (1986), a dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável, que está associada a um dano, seja ele tecidual real ou potencial. Além do dano tecidual, fatores emocionais e psicológicos interferem na percepção da dor fazendo com que ela tenha também um caráter subjetivo, sendo influenciada por fatores sociais, culturais e ambientais (MAGGIRIAS; LOCKER, 2002; FINLEY; KRISTJANDÓTTIR; FORGERON, 2009).

Durante o atendimento odontológico, a complexidade do tratamento, o uso de anestesia e experiências prévias negativas também devem ser considerados na avaliação da percepção de dor infantil (VERSLOOT; VEERKAMP; HOOGSTRATEN, 2008a; WAN WIJK; HOOGSTRATEN, 2009; KREKMANOVA et al., 2009). Além disso, sabe-se que as crianças podem expressar sua percepção à dor por meio do comportamento manifestado na consulta (PERETZ; GLUCK, 1999). Ainda, sentimentos como o medo e ansiedade foram encontrados na literatura como preditores do aumento da percepção dolorosa das crianças (KUSCU; AKYUZ, 2008; KLAGES et al., 2004; RAMOS JORGE et al., 2013). Sendo assim, este estudo teve como objetivo avaliar os fatores que estão relacionados ao autorrelato de dor infantil após o atendimento odontológico em crianças atendidas na Clínica Infantil da Faculdade de Odontologia.

2. METODOLOGIA

Este estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO/UFPEL) sob o Protocolo nº 29/2013. Uma amostra de conveniência foi obtida, entre crianças de 4 a 13 anos de idade, atendidas na Clínica Infantil da FO/UFPEL. Crianças portadoras de distúrbios neuropsicomotores foram excluídas do estudo. Após a leitura da Carta de Informação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo responsável autorizando a participação da criança neste estudo.

A coleta de dados foi realizada em três momentos. No primeiro momento, um questionário foi aplicado às mães contendo informações sobre dados socioeconômicos e demográficos. Em um segundo momento, durante o atendimento odontológico, a criança teve seu comportamento avaliado pela Escala de Frankl e os dados clínicos do atendimento foram coletados. Para classificar a complexidade do tratamento realizado, a classificação de Cardoso e Loureiro (2008) foi adotada. Os procedimentos foram classificados em: Pouco invasivo; Invasivo e Muito invasivo.

Por último, a escala *Faces Pain Scale* foi aplicada para avaliar a percepção de dor da criança em relação ao atendimento. Esta escala é composta por seis faces de dor, que expressam diferentes níveis de dor/sofrimento. No final do encontro, após o procedimento ter sido realizado, as crianças foram solicitadas a apontar a face que representava o nível de dor/sofrimento que sentiram.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando Stata 14.0 (Stata Corporation, College Station, TX, EUA). A análise descritiva foi realizada para descrever as frequências absolutas e relativas e calcular a prevalência de variáveis de interesse do estudo. O teste de análise de variância (ANOVA) foi utilizado para comparar as médias de FPS-R de acordo com variáveis independentes.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 198 díades mães e filhos participaram da pesquisa. Nenhuma mãe ou a criança recusou participar do estudo. A maioria das crianças tinham entre 8 a 10 anos (60,1%) e 104 (52,5%) eram meninas. As crianças mais jovens relataram maiores níveis de dor do que as crianças mais velhas: 4 (12,9%) crianças em 4-7 anos relataram uma pontuação mais alta de dor (8-10), enquanto 7 (5,9%) de 8-10 anos e 2 (4,2%) entre 11-13 anos. As médias de dor foram significativamente maiores em crianças com idade entre 4-7 anos (Tabela 1).

Tabela 1. Características da amostra, distribuição de acordo com a FPS-R e médias relatadas de dor (Pelotas, Brasil, n=198 crianças).

Variáveis	Faces Pain Scale- Revised (FPS-R)					P-Valor
	N (%)	0-2	4-6	8-10	Media DP	
Idade						0,025
4-7	31 (15,7)	25 (80,6)	2 (6,5)	4 (12,9)	1,81 (3,4)	
8-10	119 (60,1)	103 (86,5)	9 (7,6)	7 (5,9)	1,60 (2,42)	
11-13	48 (24,2)	41 (85,4)	5 (10,4)	2 (4,2)	1,37 (2,11)	
Complexidade do tratamento						<0,001
Minimamente Invasivo	83 (41,9)	74 (89,2)	6 (7,2)	3 (3,6)	1,06 (2,17)	
Invasivo	79 (39,9)	75 (94,9)	2 (2,6)	2 (2,5)	1,06 (1,81)	
Muito Invasivo	36 (18,2)	20 (55,6)	8 (22,2)	8 (22,2)	3,89 (3,13)	
Uso de anestesia						<0,001
Não	161 (81,3)	148 (91,9)	10 (6,2)	3 (1,9)	1,03 (1,79)	
Sim	37 (18,7)	21 (56,8)	6 (16,2)	10 (27)	3,94 (3,54)	
Comportamento						<0,001
Positivo	174 (87,9)	158 (9,8)	10 (5,7)	6 (3,5)	1,15 (2,01)	
Negativo	24 (12,1)	11 (45,8)	6 (25)	7 (29,2)	4,67 (3,37)	
Dor dentária prévia						0,002
Não	123 (62,1)	110 (89,4)	8 (6,5)	5 (4,1)	1,24 (2,12)	
Sim	75 (37,9)	59 (78,6)	8 (10,7)	8 (10,7)	2,13 (2,93)	

A presença da dor dentária é um dos motivos que fazem com que a criança tenha uma percepção negativa do tratamento odontológico (MITTAL; SHARMA, 2012). A experiência da dor, além de requerer que sejam realizados procedimentos mais invasivos, gera na criança uma aversão ao atendimento odontológico, desencadeando sentimentos de medo e/ou ansiedade e, consequentemente, o comportamento negativo (KLINGBERG et al., 1995; SALEM et al., 2012; HEMBRECHT et al., 2013; RAMOS JORGE et al., 2006). Neste estudo crianças que tiveram dor no último mês, apresentaram maiores médias de FPS-R ($p=0.02$) (Tabela 1).

Procedimentos odontológicos de rotina não são associados a presença de dor, porém aqueles que necessitam da utilização da anestesia, tais como

exodontias e endodontia, apresentam associação com o relato de dor (TICKLE et al., 2012). Além disso, crianças submetidas à exodontias apresentam maior frequência de comportamento não colaborador quando comparado às consultas anteriores com procedimentos menos invasivos (MARTINS et al., 2010). Em relação às características das crianças deste estudo, aquelas que manifestaram comportamento negativo apresentaram médias mais elevadas de dor ($p<0,01$), que foram submetidas a procedimentos muito invasivos ($p<0,01$), que necessitaram da utilização de anestesia local ($p<0,01$) também apresentaram maiores médias de FPS-R ($p=0,02$) (Tabela 1).

4. CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo indicam que a complexidade do tratamento, o uso da anestesia odontológica, o comportamento negativo durante o atendimento e a presença de dor dentária prévia, influenciam negativamente a percepção de dor da criança. Crianças mais novas também relataram maiores escores de dor.

A percepção da dor é uma sensação subjetiva, que envolve fatores emocionais e psicológicos. Assim, conclui-se sobre a importância do Cirurgião Dentista reconhecer os fatores envolvidos nos mecanismos de percepção da dor, de modo a utilizar técnicas de manejo e controle da dor e, consequentemente, melhorar a qualidade do atendimento infantil.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKARSLAN, Z.Z.; ERTEN, H.; UZUN, O.; IERI, E.; TOPUZ, O. Relation-ship between trait anxiety, dental anxiety and DMFT indexes of Turkish patients attending a dental school clinic. **Eastern Mediterranean Health Journal**, Cairo,v.16, p.558-62, 2010.

KLINGBERG, G.; BROBERG A.G. Dental fear/anxiety and dental behaviour management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors. *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 17, p. 391–406, 2007.

KLINGBERG, G.; BERGGREN, U.; CARLSSON, S. G.; NOREN, J. G. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. *European Journal of Oral Science*., v. 103, n. 6, p. 405–412, 1995.

KLINGBERG, G.; BERGGREN, U. Everyday- and dental-pain experiences in healthy Swedish 8–19 year olds: an epidemiological study. *International Journal of Paediatric Dentistry*, Malden, v.19, p. 438-447, 2009.

KUSCU, O.O.; AKYUZ, S. Children's preferences concerning the appearance of dental Injectors. *Journal of Dentistry for Children*, v.73, n.2, p.116-121 2006.

KUSCU, O.O.; AKYUZ, S. Is it the injection device or the anxiety experienced that causes pain during dental local anaesthesia? *International Journal of Paediatric Dentistry*, v. 18, p.139–145, 2008.

MAGGIRIAS, J.; LOCKER, D. Psychological factors and perceptions of pain associated with dental treatment. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*. v.30, p.151–59, 2002.

MARTINS, P.; CADEMARTORI M.G.; GOETTEMES M.L.; TORRIANI D.D. Behavioral changes during dental appointments in children submitted to dental extractions. **Journal of Clinical Pediatric Dentistry IN PRESS**

PERETZ, B.; GLUCK, G.M. Assessing an active distracting technique for local anesthetic injection in pediatric dental patients: repeated deep breathing and blowing out air. **The Journal of clinical pediatric dentistry**, v.24, n.1, p.5-8, 1999.

VERSLOOT, J.; VEERKAMP, J. S.; HOOGSTRAATEN, J ; MARTENS, L.C. Children's coping with pain during dental care. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v.32, p. 456–61, 2004.

VERSLOOT, J.; VEERKAMP, J. S.; HOOGSTRAATEN, 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**, Ribeirão Preto, v. 205, n. 1/ E. 2, 2008.

VERSLOOT, J.; VEERKAMP, J. S.; HOOGSTRAATEN, J. Children's self-reported pain at the dentist. **Pain**, v. 137, p. 389–394, 2008.