

OS PROBLEMAS DE SAÚDE MENTAL PODEM INFLUENCIAR O COMPORTAMENTO INFANTIL NO AMBIENTE ODONTOLÓGICO?

NATÁLIA BASCHIROTTA CUSTÓDIO¹; MARÍLIA LEÃO GOETTEMS²; MARCOS BRITTO CORRÊA³; MARIANA GONZALEZ CADEMARTORI⁴

¹*Universidade Federal de Pelotas – natalia.custodio22@hotmail.com*

²*Universidade Federal de Pelotas – mariliagoettems@hotmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – marianacademartori@gmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – marcosbrittcorrea@hotmail.com*

1. INTRODUÇÃO

Os problemas de saúde mental estão entre as doenças crônicas mais prevalentes no mundo, sendo que no Brasil, estima-se que 1 por cento das crianças sejam afetadas por pelo menos um transtorno mental(AMINABADI et al.,2011;VIGO et al., 2016) Problemas comportamentais e emocionais nas crianças afetam diretamente sua qualidade de vida (WEITKAMP et al.,2013) por serem acompanhados de comportamentos de risco, ausência substancial da escola (LAWRENCE et al., 2016), obesidade (ERHART el al.,2012) e até pensamentos suicidas (SOLEIMANI el.,2017).

Estudos recentes exploraram a associação entre transtornos mentais e saúde bucal. O estado de saúde bucal, especificamente a cárie dentária e as lesões dentárias traumáticas, também foram correlacionadas positivamente com problemas comportamentais, incluindo sintomas emocionais e problemas de relacionamento entre pares (ODOI et al.,2002; SRILATHA et al.,2016). Sendo assim, é importante entender como os problemas mentais podem afetar o comportamento das crianças durante o tratamento odontológico, ajudando o profissional a planejar a melhor abordagem para cada criança, a fim de oferecer o melhor atendimento odontológico.

2. METODOLOGIA

Este estudo transversal foi reportado conforme o Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE).

O tamanho da amostra de 107 crianças foi calculado assumindo uma prevalência estimada de problemas comportamentais de comportamento em crianças de 20,8% (VANDERBROUCKE et al.,2007). Um teste de potência de 80% com um erro padrão de cinco pontos percentuais e um nível de confiança de 95% foi considerado. Para cobrir possíveis perdas, a amostra foi aumentada em 10%. Os indivíduos foram selecionados aleatoriamente de acordo com a ordem de chegada na clínica odontológica até o número alvo ser atingido. Foram incluídas crianças entre quatro a 12 anos, acompanhadas de sua mãe. As crianças atendidas por emergência dentária e as crianças cujas mães ou ela própria não conseguiram entender e responder ao questionário durante a entrevista foram excluídas. A coleta de dados foi realizada de maio a dezembro de 2016. Foram incluídos apenas novos pacientes atendidos na Clínica de Odontopediatria, na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) - Brasil. Uma entrevista foi realizada com mães e crianças antes da consulta odontológica; e o comportamento da criança foi avaliado durante o tratamento odontológico.

O questionário aplicado incluiu questões sobre dados socioeconômicos e demográficos e dados psicológicos referentes a mães e crianças. A principal variável independente, condição mental das crianças, foi medida usando o Questionário de Forças e Dificuldades preenchido pelos pais (SDQ-P). Dentre as covariáveis, a idade da criança foi coletada nos anos de idade e classificada como quatro a seis anos, sete a nove anos e 10 a 12 anos. A gravidade da ansiedade materna foi avaliada usando o Inventário de Ansiedade Beck (BAI) (BECK et al., 1988). A ansiedade / medo dentário da criança foi medida usando Venham Picture Test (VPT). Quanto a complexidade do tratamento dentário realizado foi coletada dos registros dentários. Durante a visita odontológica, o comportamento infantil foi avaliado usando a Escala de Frankl (FRANKL et al., 1962), que classifica o comportamento como "definitivamente negativo" (pontuação 1), "negativo" (pontuação 2), "positivo" (pontuação 3) e "definitivamente positivo" (pontuação 4). Todos os entrevistadores foram previamente treinados e calibrados.

As análises estatísticas foram realizadas utilizando Stata 12.0 (Stata Corporation, College Station, TX, EUA). Foi realizada análise descritiva da amostra. O teste do qui-quadrado foi usado para analisar o efeito dos problemas mentais da criança sobre o comportamento das crianças. Os modelos de regressão de Poisson foram empregados para avaliar a associação entre as subescalas SDQ-P e o comportamento das crianças durante o tratamento odontológico. Cada subescala SDQ-P foi analisada em um modelo de regressão de Poisson ajustado para covariáveis (idade da criança, ansiedade materna, medo / ansiedade dentária da criança e complexidade do tratamento dental). As magnitudes das associações entre variáveis independentes e o desfecho foram estimadas por meio de Razão de Prevalência (PR) e 95% de intervalos de confiança (IC). Um nível significativo de $p \leq 0.05$ foi adotado.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Um total de 128 crianças de 4 a 12 anos participaram deste estudo. A maioria das crianças era do sexo feminino (54,7%) e tinha idade de sete a nove anos (39,8%).

Tabela 1. Associação entre os problemas comportamentais de acordo com a escala SDQ-P em crianças com idade entre 4 e 12 anos e o comportamento infantil durante o tratamento odontológico. Pelotas / Brasil ($n = 128$ crianças).

SDQ-P	Comportamento infantil (Escala de Frankl)				
	Positivo n (%)	Negativo n (%)	Valor P**	RP* (95% CI)	Valor P**
Dificuldades Totais					<0.001
Normal	93 (91.2)	9 (8.8)		1.00	
Anormal	8 (30.8)	18 (69.2)		5.36 (2.22-12.91)	
Problemas de Internalização					<0.001
Normal	83 (93.3)	6 (6.7)		1.00	
Anormal	18 (46.2)	21 (53.8)		4.04 (1.63-10.00)	
Sintomas Emocionais					0.005
Normal	99 (81.2)	23 (18.8)		1.00	
Anormal	2 (33.3)	4 (66.7)		1.45 (0.84-2.52)	0.179

Problemas entre pares			<0.001	0.007
Normal	72 (92.3)	6 (7.7)		
Anormal	29 (58)	21 (42)	3.19 (1.37-7.46)	
Problemas de Externalização			<0.001	0.004
Normal	75 (92.6)	6 (7.4)	1.00	
Anormal	26(55.3)	21 (44.7)	3.36 (1.46-7.75)	
Hiperatividade-falta de atenção			<0.001	0.006
Normal	92 (88.5)	12 (11.5)	1.00	
Anormal	9 (37.5)	15 (62.5)	2.53 (1.30-4.94)	
Problemas de conduta			0.618	0.985
Normal	96 (79.3)	25 (20.7)	1.00	
Anormal	5 (71.4)	2 (28.6)	1.01 (0.31-3.27)	
Comportamento Pro-social			0.170	0.633
Normal	89 (80.9)	21 (19.1)	1.00	
Anormal	12 (66.7)	6 (33.3)	1.21 (0.56-2.61)	

* RP: Razão de prevalência. Análise multivariada por regressão de Poisson ajustada pela idade da criança, ansiedade materna, ansiedade dental da criança e complexidade do tratamento odontológico. ** p valor ≤0,05.

Na tabela 1 podemos observar que os problemas de internalização ($p <0,001$) e de externalização ($p <0,001$) foram fortemente associados ao comportamento disruptivo durante o tratamento odontológico. O comportamento não cooperativo foi associado a problemas de saúde mental, especificamente com problemas de pares ($p <0,001$), sintomas emocionais ($p = 0,005$) e hiperatividade - falta de atenção ($p <0,001$). No entanto, não foi observada associação entre comportamento negativo e problemas de conduta e comportamento pro-social.

As dificuldades comportamentais têm sido associadas à cárie dentária (SRILATHA et al.,2016; STABERG et al.,2016) em crianças e que essas apresentam-se menos sociáveis, mais distraídas,menos energéticas e com menor ritmo (AUNOLA,2005).Problemas de externalização estão relacionados à impulsividade e problemas de conduta comportamental, que são características que podem dificultar o desempenho das atividades de rotina, como a escovação dentária, afetando diretamente a saúde bucal (STABERG et al.,2016). Os problemas de internalização estão relacionados aos sintomas emocionais, incluindo o controle excessivo de si mesmo e podem limitar as experiências sociais das crianças, que tendem a criar obstáculos para o ajuste psicológico (AUNOLA, 2005). Até agora, não há estudos que avaliem a influência de problemas internalizadores e externalizadores sobre o comportamento das crianças na situação dentária, sendo nosso estudo o primeiro.

4. CONCLUSÕES

Com base nos achados deste estudo, pode-se concluir que as crianças com idade entre quatro e 12 anos com problemas de internalização, incluindo problemas de pares e problemas de externalização, incluindo hiperatividade-desatenção, tendem a apresentar comportamentos não cooperativos durante o

tratamento odontológico. Além disso, a maioria das crianças com comportamento disruptivo durante o tratamento odontológico foi classificada como limítrofe e em níveis de desenvolvimento anormal nas subescalas das quatro dificuldades do SDQ-P, indicando que crianças mais temperamentais e difíceis projetam um comportamento mais negativo.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- VIGO D, THORNICROFT G, ATUN R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016; 3(2): 171-178. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2.
- LAWRENCE D, HAFEKOST J, JOHNSON SE, et al. Key findings from the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust N Z J Psychiatry* 2016; 50(9): 876-886. doi: 10.1177/0004867415617836.
- ERHART M, HERPERTZ-DAHLMANN B, WILLE N, SAWITZKY-ROSE B, HÖLLING H, RAVENS-SIEBERER U. Examining the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder and overweight in children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012; 21(1): 39-49. doi: 10.1007/s00787-011-0230-0.
- SOLEIMANI MA, PAHLEVAN SHARIF S, BAHRAMI N, YAGHOOBZADEH A, ALLEN KA, MOHAMMADI S. The relationship between anxiety, depression and risk behaviors in adolescents. *Int J Adolesc Med Health* 2017. pii: /j/ijamh.ahead-of-print/ijamh-2016-0148/ijamh-2016-0148.xml. doi: 10.1515/ijamh-2016-0148. [Epub ahead of print]
- ODOI R, CROUCHER R, WONG F, MARCENES W. The relationship between problem behaviour and traumatic dental injury amongst children aged 7-15 years old. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30(5): 392-396.
- SRILATHA A, DOSHI D, REDDY MP, KULKARNI S, REDDY BS. Self-reported behavioral and emotional difficulties in relation to dentition status among school going children of Dilsukhnagar, Hyderabad, India. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2016; 34(2): 128-133. doi: 10.4103/0970-4388.180419.
- STABERG M, NORÉN JG, GAHNBERG L, GHADERI A, KADESJÖ C, ROBERTSON A. Behavioural characteristics in externalising children with low and elevated risk for dental caries. *Eur Arch Paediatr Dent* 2016; 17(6): 475-484.
- VASILIKI B, KONSTANTINOS A, NIKOLAOS K, VASSILIS K, COR VL, JAAP V. Relationship between Child and Parental Dental Anxiety with Child's Psychological Functioning and Behavior during the Administration of Local Anesthesia. *J Clin Pediatr Dent* 2016; 40(6): 431-437.
- AMINABADI NA, PURALIBABA F, ERFANPARAST L, NAJAFPOUR E, JAMALI Z, ADHAMİ SE. Impact of temperament on child behavior in the dental setting. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects* 2011; 5(4): 119-122.
- VANDENBROUCKE JP, VON ELM E, ALTMAN DG, ET AL. STROBE Initiative. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Epidemiology* 2007; 18(6): 805-835.
- FRANKL SN, SHIERE FR, FOGELS HR. Should the parent remain with the child in the dental operatory? *ASDC J Dent Child* 1962; 29: 150-163.
- AMINABADI NA, DELJAVAN AS, JAMALI Z, AZAR FP, OSKOUEI SG. The Influence of Parenting Style and Child Temperament on Child-Parent-Dentist Interactions. *Pediatr Dent* 2015; 37(4): 342-347.
- AUNOLA K, NURMI J. The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Dev* 2005; 76(6): 1144-1159.