



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

COMUNICAÇÃO EM CONSULTA DE
ODONTOPEDIATRIA – ESTUDO-PILOTO DE
COMPARAÇÃO ENTRE A CROÁCIA E PORTUGAL

Comunicação em Saúde / Odontopediatria

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por:
Valéria Catarina Lopes Pestana

Viseu, 2016



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

COMUNICAÇÃO EM CONSULTA DE
ODONTOPEDIATRIA – ESTUDO-PILOTO DE
COMPARAÇÃO ENTRE A CROÁCIA E PORTUGAL

Comunicação em Saúde / Odontopediatria

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de mestre em Medicina Dentária

Por:

Valéria Catarina Lopes Pestana

Orientador: Filomena Capucho
Coorientador: Andreia Figueiredo

Viseu, 2016

RESUMO

O principal problema que ocorre na área da Odontopediatria é que as crianças ansiosas e não cooperativas tendem a evitar o cuidado dentário e tendem a piorar a sua saúde oral, o que apresenta um desafio considerável para os pais, para os dentistas e para o sistema de saúde.

Com o intuito de desenvolver uma relação médico-paciente ideal e melhorar o atendimento infantil, é necessário conhecer os diferentes fatores que se encontram associados à ansiedade dentária e adequar as diferentes estratégias a aplicar. A educação e formação dos médicos-dentistas deve incluir todos os aspetos relacionados com o desenvolvimento infantil e com as técnicas de controlo comportamental para melhorar a base de conhecimento dos profissionais nesta área.

Este estudo é do tipo não-experimental observacional comparativo sobre a relação médico-paciente e a utilização de técnicas de controlo comportamental em consultas de Odontopediatria em Universidades na Croácia e em Portugal. Desta forma, é possível avaliar a forma de ensino e formação dos médicos-dentistas nesta área específica.

Após a análise dos resultados de 30 consultas de Odontopediatria (15 realizadas em Portugal e 15 realizadas na Croácia) a crianças com idade compreendida entre os cinco e os doze anos, verificou-se que existem diferenças estatisticamente significativas, revelando que os médicos-dentistas em Portugal promovem uma consulta mais empática e utilizam uma maior variedade de técnicas de controlo comportamental comunicativas.

Palavras-chave: Odontopediatria; Comunicação em Saúde; Comunicação Intercultural; Ansiedade Dentária; Técnicas de Controlo Comportamental.

ABSTRACT

The main problem that occurs in the area of Paediatric Dentistry is that anxious and uncooperative children tend to avoid dental care and tend to worsen their oral health, which presents a considerable challenge for parents, for dentists and for the health system.

In order to develop an ideal doctor-patient's relationship and improve children's care, it is necessary to know the different factors that are associated with dental anxiety and matching different strategies to apply. The education and training of dentists should include all aspects related to child development and the behavioural control techniques to improve the knowledge base of professionals in this field.

This study is comparative observational non-experimental type on the doctor-patient's relationship and the use of behavioural control techniques in paediatric dentistry consultations at universities in Croatia and Portugal. Thus, it is possible to assess the form of education and training of dentists in this specific area.

After analysing the results of 30 consultations of Paediatric Dentistry (15 performed in Portugal and 15 performed in Croatia) to children aged between five and twelve years old, it was found that there are statistically significant differences, showing that dentists in Portugal promote a more emphatic consultation and use a greater variety of communicative behaviour control techniques.

Keywords: Paediatric Dentistry; Health Communication; Intercultural Communication; Dental anxiety; Behavioural Control Techniques.

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Filomena Capucho, na qualidade de orientadora, pela oportunidade de realizar o presente estudo, pelo apoio, colaboração, incentivo e ensinamentos.

À Professora Doutora Andreia Figueiredo, na qualidade de coorientadora, pelo apoio, incentivo e ensinamentos.

Ao Professor Doutor Ivan Alajbeg, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade, pelo apoio, incentivo e ensinamentos.

Ao Professor Doutor Hrvoje Jurić, na qualidade de coordenador do Departamento de Dentisteria Pediátrica e Preventiva, da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Zagreb, pela colaboração.

Ao Professor Doutor Francisco Mendes da Escola Superior de Educação de Viseu, pelo incentivo e ensinamentos.

Ao Professor Doutor Manuel Paulo pelo ensinamento e amizade.

Aos colegas e amigos Luís Clemente, ao Vítor Brás, ao João Pedro Dias, ao Rafael Cunha, ao Luis Monteiro, Inês Tavares e ao David Martins, pelo companheirismo e partilha de conhecimentos.

Aos colegas e amigos de Erasmus Manuela Löber, Marek Saal, Mario Bolki e Fábio Carvalho.

Ao amigo Jorge Moreira e amiga Andreia Sálvia, por todo o carinho e aconchego.

À Carla Moreira e Gui Pestana pelo apoio e carinho.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional e carinho.

Ao meu irmão Gustavo Pestana por existir na minha vida.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
1. COMUNICAÇÃO.....	13
1.1. COMUNICAÇÃO VERBAL.....	17
Conceito de Negociação	17
Papel das estruturas de delicadeza	17
Linguagem e Poder.....	18
1.2. COMUNICAÇÃO PARAVERBAL	19
1.3. COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL.....	19
Aparência física e Primeira impressão.....	20
Quinésica	20
‘Haptics’ e Proxémica.....	20
Cronémica.....	21
2. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	22
2.1. COMPORTAMENTOS EM CONTEXTO DO ATO MÉDICO	23
2.2. CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO.....	26
3. CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA.....	28
3.1. COMUNICAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA.....	29
3.2. PARÂMETROS QUE INFLUENCIAM O NÍVEL DE ANSIEDADE NA CRIANÇAS NO CONTEXTO DE ODONTOPEDIATRIA.....	30
3.3. MEDO, ANSIEDADE E FOBIA DENTÁRIOS.....	33
3.4. TÉCNICAS DE CONTROLO DE ANSIEDADE DENTÁRIA	33
3.4.1. TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS OU COMUNICATIVAS	34
3.4.2. TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS OU NÃO COMUNICATIVAS	37

3.5. ODONTOLOGIA E SAÚDE ESCOLAR.....	39
3.6. SISTEMA DE SAÚDE ORAL- LEGISLAÇÃO.....	39
3.6.1. OBRIGATORIEDADES E SANÇÕES EM PORTUGAL.....	40
3.6.2. OBRIGATORIEDADES E SANÇÕES NA CROÁCIA.....	41
INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA.....	43
1. ESTUDO OBSERVACIONAL COMPARATIVO ENTRE PORTUGAL E CROÁCIA.....	45
1.1. OBJETIVO DO ESTUDO.....	45
1.2. TIPO DE ESTUDO.....	46
MATERIAIS E MÉTODOS.....	49
1.3. AMOSTRA DO ESTUDO.....	54
1.4. VARIÁVEIS INCLUIDAS NO ESTUDO.....	55
Teste de medo da criança (Child Fear Survey Schedule – Dental Subscale – CFSS-DS) (1973,1982) ^{2, 3, 19, 21, 71, 76, 78, 100, 101}	56
Escala comportamental de Frankl (1962) ^{3, 101, 102}	57
Escala Visual Analógica (1983) ^{3, 99, 102, 103}	58
Escala SOM – sons, olhos e movimentos (<i>SEM scale</i>) (2010) ^{3, 102, 104, 105, 106}	58
Escala de Ansiedade da Face (<i>Faces Anxiety Scale</i>) (2002) ^{3, 27, 35, 85, 101, 103, 106, 107}	58
Grelha de observação do profissional de saúde.....	59
RESULTADOS.....	63
ORGANIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	65
CARACTERIZAÇÃO DOS INQUIRIDOS.....	65
1. Análise comparativa entre os dados de cada país em função da variável independente idade.....	66
2. Análise comparativa entre os dados de cada país em função da variável independente género.....	68

RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DO TESTE DE MEDO DA CRIANÇA (Child Fear Survey Schedule – Dental Subscale - CFSS-DS)	68
1. Parâmetro ‘Médico-dentista’	68
2. Parâmetro “Cadeira de dentista”	69
3. Parâmetro “Injeção”	69
4. Parâmetro ‘Alguém a examinar a cavidade oral’	69
5. Parâmetro “Consultório clínico”	70
6. Parâmetro “Ver o motor da turbina”	71
7. Parâmetro “Ouvir o ruído do motor da turbina”	72
8. Parâmetro “Sentir alguém a colocar instrumentos na cavidade oral”	73
9. Parâmetro “Engasgar”	73
10. Parâmetro “Necessidade de ir ao hospital”	74
11. Parâmetro “Pessoa com uniforme branco”	75
12. Parâmetro “O médico-dentista a realizar a limpeza dentária”	76
RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA ESCALA COMPORTAMENTAL DE FRANKL	76
RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA ESCALA VISUAL ANALÓGICA	77
RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA ESCALA SOM	78
1. Parâmetro “som”	78
2. Parâmetro “olhos”	78
3. Parâmetro “movimentos”	79
RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA ESCALA DE ANSIEDADE DA FACE	80
1. FAS inicial	80
2. FAS final	80
3. EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA FAS ..	81

RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO..	81
1. Tipo de procedimento	81
2. Presença do responsável.....	82
3. Estrutura de Delicadeza.....	83
4. Modalização utilizada pelo médico-dentista.....	84
5. Timbre de voz utilizado pelo médico-dentista	84
6. Cronémica.....	84
7. Proxémica: distância entre MD e paciente no início da consulta	85
8. Proxémica: distância entre MD e paciente no durante da consulta .	86
9. Proxémica: distância entre MD e paciente no final da consulta	86
10. Evolução dos resultados obtidos na Proxémica.....	87
11. Posição do olhar no início da consulta.....	88
12. Posição do olhar no final da consulta	88
13. Evolução dos resultados obtidos na posição do olhar	89
14. Quinésia inicial.....	90
15. Quinésia final	91
16. Evolução dos resultados obtidos na Quinésia	91
17. Tópicos de conversa – parâmetro pessoal	92
18. Tópico de conversa – saúde oral.....	93
19. Tópico de conversa – médico-dentista	93
20. Tópico de conversa – procedimentos dentários.....	94
21. Paciente como responsável pela introdução da conversa	95
22. Responsável da criança como responsável pela introdução da conversa.....	95
23. Assistente dentária como responsável pela introdução da conversa	95
24. Médico-dentista como responsável pela introdução da conversa	96

25. Explicação do procedimento	96
26. Utilização de meios de distração	97
DISCUSSÃO	99
CONCLUSÃO.....	107
1.1. NÍVEL DE ANSIEDADE DOS PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS 108	
1.2. RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.....	109
SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS.....	113
BIBLIOGRAFIA	117
ANEXOS	131
ANEXO 1 – RESULTADOS ORGANIZADOS EM QUADROS E A RESPETIVA ESTATÍSTICA.....	133

LISTA DE SIGLAS

CC³⁹ – Coeficiente de contingência.

CI – Intervalo de Confiança.

DGES – Direção-Geral da Saúde.

DL – Graus de liberdade.

DP – Desvio padrão.

EP – Erro padrão.

ERS – Entidade Reguladora da Saúde.

Escala SOM/SEM – Sons, Olhos e Movimentos; Sounds, Eyes and Movements.

F – Distribuição F.

FAS/FIS – Faces Anxiety Scale/Facial Image Scale.

FFA – Face-Flattering Acts.

FTA – Face-Threatening Acts.

H0 – Hipótese nula - Hipótese nula é uma hipótese estatística que usualmente esperamos refutar e declara que nenhuma relação existe na população entre as variáveis consideradas.

H1 – Hipótese alternativa – Hipótese que geralmente colocamos e declara a existência de relação na população entre duas variáveis consideradas.

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno Osiguranje.

IPSS – Instituições Privadas de Solidariedade Social.

LI – Limite inferior.

LS – Limite superior.

M – Média aritmética ou simples.

MCS – Monitored conscious sedation.

Mdn – Mediana.

MESH – Medical Subject Headings.

MIMD – Mestrado Integrado em Medicina Dentária.

n – Número de casos de uma parte da amostra.

N – Número total de casos ou tamanho da amostra.

p – Probabilidade.

PNPSO – Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

SNS – Sistema Nacional de Saúde.

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences.

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

INTRODUÇÃO

A COMUNICAÇÃO

No decorrer da evolução humana, é possível constatar que a comunicação tem surgido como uma necessidade básica de interação interpessoal, fundamental para a sobrevivência. Ela é gerada com o intuito de se obter um determinado objetivo, compartilhar informações e criar relações interpessoais.

Ao longo dos anos, especialmente a partir do século XX, têm sido propostas várias teorias acerca do processo pelo qual se desenvolve a comunicação na humanidade. Entende-se que, desde que um emissor e um recetor estejam presentes no contexto comunicativo, existe a impossibilidade de não comunicar.¹

A comunicação é um processo extremamente complexo e abarca pelo menos três configurações – a verbal, paraverbal e não-verbal – que se encontram interrelacionadas.

Inserem-se na comunicação verbal o conceito de negociação, as estratégias de delicadeza, o conceito de língua e o conceito de poder na comunicação.

A comunicação paraverbal refere-se aos sons não fonemáticos que acompanham a comunicação verbal, o que inclui o timbre e volume de voz, a entoação e o ritmo de discurso, entre outros.

A comunicação não-verbal envolve todos os movimentos corporais, incluindo a aparência física, a quinésica, a 'haptics' (também denominada tacsésica), a proxémica e a cronémica.

A COMUNICAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE

Especificamente na área da saúde, o desafio da comunicação atinge uma maior relevância, no sentido em que é necessária a compreensão da anamnese e sintomas experienciados pelos respetivos pacientes, que necessitam entender toda a informação oferecida pelos profissionais de saúde, resultando no consentimento informado e conseqüente sucesso dos devidos tratamentos. A criação de uma relação empática, indispensável ao sucesso terapêutico,^{2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11} também depende, inteiramente, da qualidade da comunicação. No entanto, este não é um processo simples, porque a capacidade de comunicação

dos pacientes se relaciona com diversas variáveis, como, por exemplo, os fatores emotivos, que determinam, em muito, as representações sobre a doença e a própria relação com o médico.

Desta forma, o profissional de saúde deve tentar manter sempre uma comunicação eficaz com o paciente, desde da sua observação do ponto de vista clínico até à visualização do paciente do ponto de vista pessoal e social, apresentando um espírito crítico e empático. Da mesma forma, deve encorajar o paciente para se exprimir quanto às suas dúvidas, preocupações e expectativas, diminuindo o seu nível de ansiedade.

A motivação é um fator emotivo importante para que o paciente se mantenha interessado em colaborar com o plano de tratamento proposto. Este fator aumenta quando existiram experiências prévias positivas com o médico e quando existe uma relação médico-paciente baseada na empatia. De facto, de acordo com Nunes¹², as atitudes que o paciente apresenta são influenciadas por inúmeros fatores, tal como pelas diferenças culturais e experiências prévias.

A comunicação é de tal forma importante na saúde que Santos¹³ a considerou como um fator que influencia a recuperação da saúde do paciente. Para permitir a recuperação da saúde do doente é necessário observá-lo como um ser complexo, avaliando todos os fatores físicos e psicológicos.

Briga¹⁴ explica que, para que exista uma boa relação médico-paciente, o profissional de saúde deve entender a importância dos diferentes tipos de comunicação, em especial a comunicação não-verbal, de modo a se aperceber das emoções do paciente.

O profissional de saúde deve entender, e usar de forma sábia, as duas formas de comunicação que existem no contexto clínico e que se complementam. A forma mais clássica relaciona-se apenas com a qualidade da comunicação como uma técnica para informar bem e para obter uma boa adesão e colaboração do paciente. Pelo contrário, na forma mais crítica, a comunicação apresenta como utilidade a compreensão das experiências prévias do paciente e a sua contextualização em relação à sua vida pessoal e em relação às suas representações, crenças e atitudes face ao valor dos profissionais de saúde, à Medicina e ao próprio sistema de saúde.^{12, 15}

No caso específico da Medicina Dentária é importante entender três conceitos distintos: medo dentário, ansiedade dentária e fobia dentária,^{16, 17, 18} dado que estes conceitos se inserem no foro psicológico do doente e podem influenciar tanto a relação médico-paciente como o sucesso do tratamento, especialmente no que se refere à consulta de Odontopediatria.

COMUNICAÇÃO NO CONTEXTO DA CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA

O médico-dentista poderá ser confrontado com situações difíceis derivadas da falta de cooperação e comportamentos de ansiedade da criança, o que se revela uma barreira na execução dos tratamentos requeridos para a saúde oral. Este problema tem suscitado o interesse crescente da comunidade científica, no sentido em que, conhecendo os fatores que se encontram associados à ansiedade, será possível controlá-los, melhorando o atendimento infantil. Devemos igualmente ter em conta que o odontopediatra tem de lidar com duas relações interpessoais distintas no decorrer destas consultas: a relação com a criança e a relação com o responsável pela criança.^{17, 18, 19, 20, 21, 22}

É descrito que inúmeros fatores influenciam o nível de ansiedade experienciado pelas crianças. A cultura, a presença parental, o medo dentário dos responsáveis pelas crianças, a idade e o género da criança, o tipo de procedimento a efetuar (tratamento invasivo ou não-invasivo), experiências anteriores, o nível de conhecimento acerca de saúde oral e de tratamentos a realizar, o nível de saúde oral, a existência de dor, o ambiente clínico e o comportamento comunicativo do médico-dentista são alguns destes fatores influenciadores do nível de ansiedade experienciado pelas crianças no momento que visitam o profissional de saúde.^{2, 17, 18, 20, 23, 24, 25, 27}

Perante cada situação, existem várias estratégias para controlo de ansiedade, sejam não-farmacológicas ou farmacológicas. As técnicas não-farmacológicas, ou comunicativas, incluem a linguagem pediátrica, a técnica *'tell-show-do'*, o controlo de voz, a utilização de distrações, as técnicas de modificação comportamental (como a dessensibilização, o reforço positivo, a imitação, o *'reframing'* e a descontaminação emocional) e a técnica de restrição física ou

imobilização. As técnicas farmacológicas, ou não-comunicativas, envolvem a analgesia, a sedação e a anestesia geral. ^{16, 22, 23, 28, 29, 30, 31}

Alguns estudos indicam que o sucesso da prática na medicina dentária, nomeadamente no contexto pediátrico, envolve uma boa combinação de habilidades farmacológicas e comunicativas, podendo abrir caminho para a eficácia de comportamentos permanentes, visando a prevenção e a saúde oral. ^{2, 16, 17, 23, 28, 32, 34, 35, 36} Estas técnicas comunicativas poderão ser criadoras de empatia e, assim, capacitar as crianças a receber o tratamento dentário e a superar o medo dentário. ^{3, 32}

O PROJETO

Relevância do estudo em Medicina Dentária/Odontopediatria

A formação dos médicos-dentistas deve incluir todos os aspetos relacionados com a comunicação em saúde e em especial na área de Odontopediatria, para melhorar a base de conhecimento dos profissionais nesta área³⁶ e, assim, proporcionar a relação médico-paciente mais adequada e empática possível. Só dessa forma será possível a implementação correta dos tratamentos necessários e a motivação das crianças e dos respetivos responsáveis face à saúde oral.

Objetivos

Incidindo este trabalho no domínio específico da Comunicação em Odontopediatria, numa perspetiva intercultural, o objetivo principal é comparar o tipo de relação médico-paciente existente nas consultas de Odontopediatria realizadas em Portugal e na Croácia.

Para tal foram elaborados os seguintes objetivos específicos para o estudo:

1. Enumerar os possíveis fatores provocadores de ansiedade dentária em consultas de Odontopediatria;
2. Observar e analisar as relações médico-paciente em consultas de Odontopediatria em Portugal e na Croácia;

3. Caracterizar os métodos mais utilizados pelos profissionais de saúde para controlar a ansiedade dos pacientes;
4. Comparar os resultados obtidos nos dois países implicados no estudo, tendo em vista a sua eficácia comunicativa;
5. Concluir da (in)existência de diferenças interculturais.

Caracterização do tipo de estudo

Trata-se um estudo não-experimental observacional do tipo qualitativo, em que se registam valores que foram observados. O enfoque qualitativo é baseado num esquema indutivo com base em questões de investigação que surgem durante a pesquisa do fenómeno na sua complexidade e em contexto natural, sendo possível estabelecer um conjunto de questões de partida com o intuito de analisar uma realidade no seu meio natural. ^{37, 38}

Metodologia

Foi necessário realizar *à priori* uma aprofundada revisão de literatura atual sobre esta temática em geral e, posteriormente, mais especificamente na área da saúde e da Odontopediatria. A pesquisa bibliográfica de fundamentação do projeto foi iniciada em novembro de 2015 através do motor de busca <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, com os termos MESH ("Dental Care for Children"[Mesh] AND "Dental Care for Children/psychology"[Mesh]) AND ("Anxiety"[Mesh] OR "Dental Anxiety"[Mesh]), juntamente com a restrição cronológica "até cinco anos", obtendo-se quarenta e quatro resultados. Destes, foram apenas selecionados trinta e nove artigos científicos, conforme a disponibilidade e credibilidade do artigo e o interesse no domínio em estudo. Acrescentaram-se igualmente itens bibliográficos constantes da bibliografia das áreas disciplinares de Comunicação, de Técnicas Relacionais em Saúde e de Odontopediatria, assim como referências citadas nas Monografias de Mestrado apresentadas nestas áreas nos últimos três anos no âmbito do MIMD.

Após o enquadramento teórico, foi elaborado um estudo não-experimental observacional sobre a relação médico-paciente e a forma como o médico-dentista atua perante os diferentes comportamentos e níveis de ansiedade dentária dos pacientes em consultas de Odontopediatria, com o intuito final de comparar estas variáveis entre Viseu (cidade portuguesa) e Zagreb (cidade croata). Para tal foi aplicado um questionário numa amostra de quinze pacientes em Zagreb e quinze pacientes em Viseu, perfazendo uma amostra constituída por trinta crianças com idade incluída entre os cinco e os doze anos. Para a aplicação e validade do questionário estiveram presentes dois indivíduos de forma a validar as respostas obtidas. Este questionário foi constituído pelos seguintes instrumentos de avaliação:

1. Teste de medo da criança (Child Fear Survey Schedule – Dental Subscale - CFSS-DS) (1973, 1982);
2. Escala comportamental de Frankl (1962);
3. Escala Visual Analógica (1983);
4. Escala SOM (2010);
5. Escala de Ansiedade da Face (2002);
6. Grelha de observação naturalista das estratégias de comunicação dos profissionais envolvidos no ato clínico.

Após terem sido aplicados todos os questionários, os mesmos foram analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)³⁹, utilizando os testes Coeficiente de Contingência (CC), V de Cramer, de Wilcoxon, de Mann-Whitney e o P value (p), para descrever a intensidade da associação na amostra.

Caracterização da amostra

A população-alvo do estudo é constituída por uma amostra de trinta crianças, com idade entre os cinco e os doze anos, e relaciona-se com as seguintes subdivisões:

- **Amostra 1:** É constituída por quinze crianças de Portugal continental, da cidade de Viseu.
- **Amostra 2:** É constituída por quinze crianças da Croácia, da cidade de Zagreb.

As crianças participaram voluntariamente, com autorização prévia do seu responsável acompanhante. O investigador observou e recolheu os dados através do preenchimento do questionário.

Recolha de dados

Os dados recolhidos são referentes ao ano letivo de 2015/2016:

- Desde 12 de outubro de 2015 até dia 10 de fevereiro de 2016 foram recolhidos os resultados respeitantes à amostra croata, na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Zagreb.
- Desde 23 de fevereiro de 2016 até dia 19 de abril de 2016 foram recolhidos os resultados respeitantes à amostra portuguesa, na Clínica Universitária do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. COMUNICAÇÃO

O conceito de comunicação, proveniente do latim '*communicare*', significa "dividir alguma coisa com alguém" ⁴⁰ (p. 274). Ele tem sido estudado ao longo dos últimos anos, mas a sua definição parece surgir no século XX por Shannon (A mathematical theory of communication, 1948)⁴¹, Jakobson (Theory of communication, 1960)^{42, 43}, Schefflen (Social mirror theory, 1964)^{44, 45}, Watzlawick, Beavin e Jackson (Pragmatics of Human Communication, 1967)¹, Hall (Proxemic theory, 1966)⁴⁸, Birdwhistell (Kinesics and context theory, 1970)⁴⁶ e Kendon (Nonverbal communication, interaction, and gesture, 1975).⁴⁹

Watzlawick, Beavin e Jackson¹ estabeleceram cinco axiomas da comunicação que apresentam implicações interpessoais fundamentais:

- I. Impossibilidade de não comunicar. – "Activity or inactivity, words or silence all have message value: they influence others and these others, in turn, cannot not respond to these communications and are thus themselves communication." ¹ (p.49)
- II. Todos os atos comunicacionais são constituídos por um aspeto de conteúdo e um aspeto relacional, onde este último classifica o primeiro, sendo, portanto, uma metacomunicação.

[c]ommunication not only conveys information, but at the same time it imposes behaviour. (...) The report aspect of a message conveys information and is, therefore, synonymous in human communication with the content of the message. It may be about anything that is communicable regardless of whether the particular information is true or false, valid, invalid, or undecidable. The command aspect, on the other hand, refers to what sort of a message it is to be taken as, and, therefore, ultimately to the relationship between the communicants. ¹ (p.51-52)

- III. A natureza de um relacionamento é dependente da pontuação das sequências de comunicação entre os comunicantes. – "The ongoing interchanges (...) constitute a chain of overlapping triadic links, each of which is comparable to a stimulus-response-reinforcement sequence. [...] Culturally, we share many conventions of punctuation which (...) serve to organize common and important interactional sequences" ¹ (p.56) o que significa que a relação estabelecida entre os participantes de uma

interação comunicativa irá depender de outras interações previamente estabelecida entre eles.

- IV. A comunicação é tanto digital como analógica. – “These two types of communication – the one by a self-explanatory likeness, the other by a word – are, of course, also equivalent to the concepts of the analogic and digital respectively.”¹ (p.61) No entanto, enquanto “[w]ords are arbitrary signs that are manipulated according to the logical syntax of language.”¹ (p.61), “[i]n analogic communication [...], there is something particularly “thing-like” in what is used to express the thing.”.¹ (p. 62) Esta premissa toma particular importância num contexto intercultural, no sentido em que “[d]igital language has a highly complex and powerful logical syntax but lacks adequate semantics in the field of relationship, while analogic language possesses the semantics but has no adequate syntax for the unambiguous definition of the nature of relationships”.¹ (P.66-67)
- V. Todas as interações comunicacionais podem ser divididas em simétricas ou complementares, dependendo se se baseiam na igualdade ou na diferença. – Bateson (1935) definiu ‘schismogenesis’ como um processo de diferenciação nas normas do comportamento individual resultante da interação cumulativa entre os indivíduos.¹ A cismogénese simétrica ocorre quando “the partners tend to mirror each other’s behavior”¹ (P.68), enquanto a cismogénese complementar ocorre quando “the partner’s behavior complements that of the other, forming a different sort of behavior Gestalt”.¹ (p. 68) Assim, é possível concluir que “[s]ymmetrical interaction, then, is characterized by equality and the minimization of difference, while complementary interaction is based on maximization of difference.”¹ (p. 68-69) Ainda podem ser sugeridos mais dois tipos de relação: metacomplementar – “in which A lets or forces B to be in charge of him”;¹ (p. 69) e pseudosimétrico – “in which A lets or forces B to be symmetrical”.¹ (p. 59)

Torna-se, então, possível concluir que, segundo estes autores:

- A impossibilidade de não comunicar está subjacente a todas as situações de encontro entre duas ou mais pessoas.
- A importância interpessoal dos modos analógico e digital não está apenas presente no isomorfismo com conteúdo e relacionamento, como também na ambiguidade inevitável e significativa que o remetente e o recetor enfrentam face a problemas de tradução de um modo para outro.
- A descrição dos problemas de pontuação assenta precisamente sobre a metamorfose subjacente ao modelo clássico de ação-reação.
- O paradigma ‘simetria-complementaridade’ surge mais próximo do conceito matemático da função, onde as posições dos indivíduos apenas são variáveis com uma infinidade de possíveis valores cujo significado não é absoluto, mas que só surge em relação entre estes. ¹

Hall⁴⁸ introduziu o conceito de proxémica, sendo este diferente de acordo com a cultura em que se insere, defendendo nas obras ‘The Silent Language’ e ‘The Hidden Dimension’ que “communication occurs simultaneously on different levels of consciousness, ranging from full awareness to out-of-awareness”. ^{48 (P.5)} Adicionou, portanto, a classificação dos quatro tipos de distâncias interpessoais determinadas pela sociedade europeia atual:

- Zona íntima: de 0 a 46 cm;
- Zona pessoal: de 46 cm a 1,2 m;
- Zona social: 1,2 m a 3 m;
- Zona pública: 3 m a 7,5 m.

Birdwhistell^{46,50} defendia que a comunicação humana necessita e utiliza todos os sentidos, que a informação veiculada por gestos e movimentos humanos é codificada e modelada de forma diferente em várias culturas, e que estes códigos podem ser descobertos por um exame minucioso de determinados movimentos dentro de um contexto social. Este autor foi responsável pela definição do termo ‘kinesics’ como forma de retratar a expressão facial, os gestos, a postura e marcha, e os movimentos corporais visíveis.

Kendon^{49, 50} realizou um estudo acerca dos gestos e movimentos corporais, referindo que

[t]he comparative studies of autonomous gesture systems, thus, provides us with a way of seeing that systems that have all the structural features of a language are continually emerging through a process of evolution that depends upon appropriate circumstances of social interaction and institutionalization. This is another way in which it can be demonstrated that language is not a sharply bounded system but is, rather, something that is an emergent product of processes of semiotic and social evolution. ^{49 (P.50)}

De acordo com Morais⁴,

[a] comunicação pode dividir-se em três áreas interdependentes: a sintaxe, a semântica e a pragmática. A sintaxe (..) trata da transmissão da informação, e da precisão com a qual os símbolos da comunicação são transferidos através de código, canais, ruído e outras propriedades da linguagem. A semântica trata do significado da mensagem e da preocupação em receber uma mensagem correspondente à enviada (...), a pragmática preocupa-se com a eficiência com a qual a mensagem recebida afecta a conduta e o comportamento do receptor. ^{4 (p. 9-10)}

Atualmente é possível constatar que existem pelo menos três configurações de comunicação, que se encontram interrelacionadas:

- Verbal: caracterizada pela utilização de signos linguísticos comuns à sociedade;
- Paraverbal: caracterizada pelos sons emotivos que acompanham a linguagem verbal (traduzindo-se “pela articulação e tom da voz, pelo timbre e volume, pela escala de entoação, pela duração silábica, pelo ritmo do discurso, pelas pausas e pelas alterações da fluência”⁵¹);
- Não-verbal: caracterizada pelos movimentos corporais correspondentes a determinadas emoções (constituída por elementos gestuais, reflexos, pela aparência, postura e posição, pela proximidade, pela expressão facial, pela linguagem corporal, pelo contacto visual e pelo contacto físico).

1.1. COMUNICAÇÃO VERBAL

Conceito de Negociação

Perante uma comunicação desejável, o discurso partilhado por dois ou mais intervenientes é realizado através da negociação das suas imagens. Tavares⁵² explica que:

O fenómeno da negociação da imagem é sistematicamente accionado pelos falantes ao longo de toda e qualquer interacção verbal com o intuito de preservar e salvar suas imagens. Para Goffman (1967) e Brown e Levinson (1987), percussores do estudo desse fenómeno nos estudos da linguagem, o conceito de negociação da imagem está ligado aos seguintes elementos: os papéis sociais que cada indivíduo representa em determinados encontros sociais; a imagem (expressão social do eu individual) que cada um tem de seu papel e dos papéis dos outros participantes; e suas tentativas de mantê-la, nesses encontros, ao sentir-se ameaçado. ^{52 (P. 20)}

Através de estratégias interacionais é possível distinguir-se, então, três tipos de negociação, sendo eles a negociação das formas, a negociação dos processos (de interacção) e a negociação dos conteúdos. A negociação das formas refere-se ao tipo de terminologia e formas de tratamento a ser utilizada pelos intervenientes; a negociação de processos de interacção revela a gestão da conversa e o turno da palavra entre os intervenientes; enquanto a negociação dos conteúdos retrata os tópicos constituintes do discurso.

Papel das estruturas de delicadeza

A principal finalidade da utilização das estruturas de delicadeza ou estratégias de polidez é otimizar as relações interpessoais, através do recurso a formas de tratamento adequadas e à negociação colaborativa. Este conceito relaciona-se com a gestão e equilíbrio entre os *Face-Threatening Acts* (FTA) e os *Face-Flattering Acts* (FFA).

Para Brown e Levinson, (...) Os actos de fala directivos, por exemplo, serão sempre actos descorteses. A designação de Brown e Levinson para estes actos é de Face-Threatening Acts ou FTA's (actos ameaçadores da face). Outros

actos linguísticos são inerentemente corteses (por exemplo, as ofertas) e não são, por isso, ameaçadores da face.⁵³ (p. 1)

Os *Face-Flattering Acts* ou FFA são atos linguísticos utilizados para suavizar o efeito dos FTA com o intuito de otimizar as relações interpessoais e para a salvaguarda e proteção da face positiva de todos os intervenientes. Desta forma, “[c]om o objetivo de preservar o que é concebido como “face” na enunciação, por meio de diferentes estratégias de polidez, os interagentes visam a preservar suas faces para garantir o sucesso na interação comunicativa.”⁵⁴ (P. 2)

Todo o ato comunicativo é considerado ato de negociação que corresponde ao reconhecimento da existência mútua dos intervenientes, seja colaborativa ou conflituosa. A eficiência das estratégias de negociação é fundamental para a redução de possíveis conflitos, considerando os efeitos dos FTA e FFA, fatores que afetam as faces dos intervenientes: a face positiva e a face negativa.

Linguagem e Poder

A linguagem é um conjunto de formas diferentes que as pessoas empregam para comunicar utilizando um sistema complexo e dinâmico de signos convencionados e determinados por uma sociedade específica.⁵⁵

Alguns dos elementos constituintes da linguagem durante a comunicação podem constituir marcadores de poder na relação interpessoal, coincidindo com a opinião de Fairclough que refere “[p]ower is implicit within everyday social practices which are pervasively distributed at every level in all domains of social life, and are constantly engaged in”.⁵⁶ (P. 50)

Nesta linha de pensamento, será viável referir as formas de tratamento como elemento evidenciador da aplicação de poder na relação interpessoal. Para cada situação e contexto existe um padrão comportamental e uma linguagem específica adequada.

De acordo com Capucho, será neste contexto que se insere a designação da dimensão discursiva do poder entendida como “l’ensemble des stratégies discursives mises en place par les locuteurs, dans le cadre d’une interaction

verbale, qui leur permettent d'exercer du pouvoir sur l'interlocuteur et de gérer le rapport de forces construit dans et par le discours." 57 (P. 180)

1.2. COMUNICAÇÃO PARAVERBAL

De acordo com Briga¹⁴, “[a] paralinguagem ou paraverbal estuda o tom de voz, a ênfase dada a determinadas palavras, os grunhidos, o choro e os soluços que utilizamos ao falar, o silêncio entre outros, são comportamentos paraverbais do doente indicadores ricos de significados.” 14 (P.29)

Desta forma é passível de se entender que todos os sons não fonemáticos que acompanham a comunicação verbal oral, o tom em que é colocada a voz, ou até mesmo o próprio silêncio transmitem informação ao próprio locutor e a todos que o rodeiam.

1.3. COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

A comunicação não-verbal engloba tudo o que não poderá ser registado por comunicação verbal, escrita ou oral, relacionando-se com todos os movimentos do corpo, as expressões faciais, a posição do olhar, aparência física, ergonomia corporal, a gestão do espaço e do tempo, a gestão do toque, entre outros aspetos.⁴⁰ De acordo com Mehrabian, “transmitidas pelos nossos olhares, as nossas mímicas, o tom da nossa voz, as nossas posturas e os nossos gestos, esta linguagem, traduz 93% do significado das nossas mensagens”. 14 (P.28)

Segundo Hickson, Stacks and Moore⁵⁹, o não-verbal é entendido como

[a] process of creating meaning in the minds of receivers whether intentionally or unintentionally, by use of actions other than, or in combination with, words or language. Nonverbal communication includes norms and expectations, usually imposed by society, for the expression of experiences, feelings and attitudes. In other words, nonverbal communication occurs when some nonverbal subcode (eg. appearance, touch, space, body movements) creates meaning for a receiver, which can happen on purpose or unintentionally.

59 (pg. 15)

De acordo com Watzlawick, Beavin e Jackson¹, a comunicação analógica é virtualmente toda a comunicação não-verbal, o que deverá incluir

posture, gesture, facial expression, voice inflection, the sequence, the rhythm, and cadence of the words themselves, and any other nonverbal manifestation of which the organism is capable, as well as the communicational clues unfailingly present in any context in which an interaction takes place. ¹ (P.62)

Aparência física e Primeira impressão

A aparência física é o primeiro código não-verbal que é observado quando presenciamos alguém, sendo, então, considerado de extrema importância no primeiro contacto que é realizado. É evidente que a interpretação deste código não-verbal varia de acordo com vários aspetos inerentes aos intervenientes, tais como a cultura, género, idade, região onde residem, e o local e situação em que ocorre.

Quinésica

A quinésica é o código não-verbal que Briga define “como a linguagem do corpo”¹⁴ (P.28), ou seja, é alusivo ao estudo dos movimentos corporais, incluindo a postura, os movimentos oculares, expressões faciais e os gestos utilizados – se são curvos (relacionados com a afetividade e empatia) ou se são retos (relacionados com a agressividade e imposição de poder).

No caso de algumas expressões faciais, estas são consideradas variáveis imutáveis independentemente das diferenças culturais⁴, sendo descritas “in the circumstances which elicit an emotion, in the action consequences of an emotion and in the display rules govern the management of facial behaviour in particular social settings”. ⁶⁰ (p. 64)

‘Haptics’ e Proxémica

A proxémica é o código não-verbal que se encontra relacionado com a gestão do espaço interpessoal ou a distância entre os interlocutores, cuja função é a

proteção territorial individual, o que varia de acordo com a cultura em que o indivíduo foi inserido aquando a formação do “eu” pessoal.

Como já foi referido, Hall⁴⁸ classificou quatro tipos de distâncias interpessoais determinadas pela sociedade atual:

1. Zona íntima: de 0 a 46cm – é descrita como “distância observada entre dois indivíduos de grande intimidade”; ⁴ (p. 22)
2. Zona pessoal: de 46cm a 1,2m – é descrita como “a small protective sphere or bubble that na organism maintains between itself and others” ⁶¹ (p. 106), sendo esta reservada para relações interpessoais próximas, como por exemplo amigos ou familiares;
3. Zona social: 1,2m a 3m – é descrita como “distância psicológica na qual a zona próxima se adequa para conversas em eventos sociais e a zona afastada para reuniões de empresa (...) permite uma percepção completa da pessoa”; ⁴ (p. 22)
4. Zona pública: 3 m a 7,5m – é descrita como “somente nas relações humanas e corresponde a troca de sinais de mão (...) e maior volume vocal”. ⁴ (p. 22)

‘Haptics’ é o código não-verbal relacionado com a gestão do tipo e quantidade de toque utilizada pelos intervenientes num determinado contexto, o que varia de acordo com o género, idade, tipo de relação, afinidade, finalidade, cultura e aparência física, entre outros aspetos inerentes aos indivíduos que se encontram presentes. Por exemplo, o toque no ombro pode ser interpretado como sensação de conforto se for um toque suave, ou de imposição de poder se for mais brusco, de forma a silenciar o recetor.

Cronémica

A cronémica é o código não-verbal que se encontra relacionado com a gestão e interpretação do tempo que é despendido numa determinada situação e/ou comunicação, o que varia de acordo com a respetiva cultura, espaço, interação, ocupação e aspetos psicológicos de cada interveniente.

2. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A comunicação em saúde é definida na 'Healthy People 2010' como "the art and technique of informing, influencing, and motivating individual, institutional, and public audiences about important health issues" ^{62 (p. 20)}, ou seja, é descrita como "o estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a saúde". ^{42 (p. 165)}

De acordo com Pio Abreu, "[m]ais do que um simples encontro, trata-se de um ritual comunicativo onde estão presentes as suas [da consulta médica] diversas faces". ^{64 (p. 12)} O momento em que o paciente visita o seu médico-dentista "é mais do que a descrição de sinais e sintomas que o incomodam ou inquietam, mas sim um meio de comunicação profundo e complexo" ^{55 (p. 15)}, o que significa que é necessária a formação completa dos profissionais de saúde acerca de todos os fatores intervenientes na comunicação verbal, para-verbal e não-verbal, respeitando o paciente como pessoa, e acerca de todas as formas possíveis para interagir com este, tornando-o colaborante com o plano de tratamento, promovendo a relação médico-paciente.

No caso específico da Saúde, o profissional apresenta a obrigatoriedade de saber ser compreensivo e saber informar dos diagnósticos e dos respetivos planos de tratamento que obteve, "respecting patients and colleagues without prejudice concerning gender, diversity of background and opportunity, language and culture, disabilities and sexual orientation." ^{65 (P. 6)}

Ao abordar a comunicação em contexto clínico, todo o profissional de saúde deve entender que essa comunicação é constituída por uma forma mais clássica e uma forma mais crítica, que se complementam.

A mais clássica, que coloca acento tónico no desenvolvimento das competências de comunicação do médico e no seu permanente aperfeiçoamento, centradas na transmissão de informação sobre os processos de saúde e doença e na comunicação persuasiva que visa a adesão medicamentosa e aos autocuidados, sempre na perspectiva da melhoria contínua da qualidade dos processos de comunicação em saúde que, em última instância, influenciam a satisfação dos utentes. Não se interessa pelo desenvolvimento das competências de comunicação

do utente. A mais crítica, que coloca a comunicação na consulta no contexto do sistema/serviço de saúde em que ocorre a consulta e que inclui também os aspectos emocionais e irracionais da interação, bem como a preocupação com o desenvolvimento das competências de comunicação de quem consulta, pelo desenvolvimento da sua literacia de saúde e pela sua participação activa na consulta, através da facilitação da sua assertividade e empowerment individual no próprio processo de consulta. ¹⁵ (p. 152-3)

2.1. COMPORTAMENTOS EM CONTEXTO DO ATO MÉDICO

Um dos principais deveres do profissional de saúde é saber comunicar assertivamente, de modo a transmitir confiança e estabilidade necessária ao paciente, prevenindo que este sofra de algum tipo de ansiedade, compreendendo todos os aspetos que o paciente inclui como pessoa, como por exemplo as suas crenças, medos, ideologias e religiões.

É considerada de extrema importância o dever do profissional de saúde em transmitir a informação de forma “clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada”. ^(p. 617)

Em relação à comunicação verbal no contexto de saúde, o médico deverá adaptar o discurso de acordo com o nível de conhecimento e o nível etário do paciente, e deverá verificar se este compreendeu a informação, para que se desenvolva um consentimento informado adequado e para que o paciente possa tornar-se participativo e colaborante no processo de terapia.

Deste modo, Frankler⁶⁶ conclui

[t]he doctor speaks to the patient and generally does not solicit a response that clearly indicates the patient understood what the doctor wished to convey. The exchange at the hospital bedside or in the doctor's office requires communication of complex information in stressful circumstances and in both aviation and medicine, good communication is critical to safety, (...) The findings are published in the Journal of General Internal Medicine. ⁶⁶ (P. 1)

A negociação das formas face à relação médico-paciente ocorre nos dois sentidos, pois tanto o paciente pode não compreender o tipo de linguagem e

terminologia utilizada pelo médico, como o médico pode não compreender o paciente. Perante a negociação dos processos de interação na relação médico-paciente, o médico, que apresentará maior poder no discurso devido ao nível de conhecimento, deverá partilhar o tempo de fala através do turno de palavra com o paciente, para que este possa dialogar. Portanto, para exista uma otimização da comunicação entre os intervenientes, é realizada a negociação dos conteúdos a serem abordados no discurso que, no caso específico da relação médico-paciente, poderão encontrar-se direcionados para as emoções e impressões do paciente, para a descrição de patologias e para o plano de tratamento a ser concebido.

Relativamente à utilização de marcadores de poder no contexto específico da Medicina Dentária, os marcadores de carácter verbal que denotam o poder do médico são frequentemente caracterizados pelo uso do imperativo e da utilização da segunda pessoa do singular, como por exemplo “Abre a boca!”; como também através do uso de diminutivos, infantilizando o paciente, e do uso de linguagem específica mais complexa, impondo o seu conhecimento sob o paciente. Relativamente aos marcadores de carácter não-verbal que denotam poder, estes são caracterizados pela gestão diminuída do espaço, pela gestão do gesto representada pelos movimentos retos, e pelo posicionamento superior do olhar. Portanto, estes marcadores de poder deverão ser evitados e substituídos por comportamentos recetivos e empáticos, contribuindo para uma relação médico-paciente estável e desejável.

O profissional de saúde deve partilhar o seu poder e responsabilidade, sendo esta partilha observada no tipo de discurso que se estabelece entre o médico e o paciente.

Assim, ao longo da consulta, a gestão de interacção na abertura e fecho da consulta, as modalizações usadas, as formas de tratamento, o uso de pronomes de solidariedade serão perfeitos exemplos da gestão do poder estabelecido no discurso e da tentativa do médico dentista em estabelecer uma relação médico paciente mais igualitária. ⁴ (p. 35)

Perante a comunicação paraverbal no caso específico da Saúde, o médico deverá ter em atenção todos estes componentes da comunicação e interpretá-

los da melhor forma possível para que consiga entender o que lhe é transmitido pelo paciente e para ele próprio ter ponderação no que transmite ao paciente.

Briga refere que “[n]a interacção com os doentes, [...] o enfermeiro deve estar atento aos diferentes tipos de comunicação não verbal, cinésica, proxémica, tácsésica e paralinguagem ou paraverbal e aperceber-se de emoções e reacções dos doentes que deve aprender e reconhecer.” ¹⁴ (P.28)

O profissional de saúde deve ter em atenção os vários códigos não-verbais que são transmitidos pelo respetivo paciente, de modo a compreender as emoções, o nível de dor, os receios, as suas crenças e ideologias, o estado psicológico e físico, entre outros fatores que possam eventualmente influenciar o diagnóstico e plano de tratamento.

A correta compreensão da comunicação não-verbal, especialmente na área da saúde, apresenta uma grande importância, porque este tipo de comunicação é praticamente instintivo, difícil de controlar e/ou camuflar as reais intenções e/ou emoções contidas na mensagem transmitida, ao contrário da linguagem verbal que, por si só, pode apresentar várias perceções.

Assim, quanto aos traços físicos, o que nos impressiona em primeiro lugar é a sua aparência física, a sua maneira de estar, de olhar, entre outros factores. A expressão do olhar e da face geram normalmente comportamentos não verbais muito reveladores. ¹⁴ (P. 28)

A quinésica revela-se muito importante em contexto de saúde, especialmente no primeiro contacto, necessitando de adaptar a postura, os movimentos oculares, expressões faciais e os gestos utilizados. Especialmente na área de Medicina Dentária, o sorriso é observado “como um instrumento eficaz de comunicação conjuntamente com o olhar, o sorriso tem uma função relacional, refletindo uma imagem de confiança e de positivismo”. ⁴ (p. 24)

No que se refere aos ‘haptics’ e à proxémica neste contexto, estes são claramente aspetos de extrema importância, visto que o médico apresenta regularmente a necessidade de invadir o espaço íntimo do paciente, especialmente na área de Medicina Dentária, para realizar um exame clínico completo e conseqüentemente definir um diagnóstico apropriado.

“O tocar depende também do conceito de territorialidade, uma vez que, supõe uma penetração no espaço imediato do doente” ^{14 (P.29)}, o que significa que este código não-verbal se encontra, direta ou indiretamente, relacionado com a proxémica. De acordo com Briga, “[q]uando o enfermeiro invade o território de um doente aproximando-se demasiado dele ou tocando-o produz neste ruptura do equilíbrio psicológico e mesmo em certos casos um sentimento de agressão e de insegurança.” ^{14 (P. 28-29)} O mesmo poderá acontecer com o médico em situação de consulta dentária e, para evitar essa rutura do equilíbrio psicológico, a proxémica deve evoluir de forma progressiva, de acordo com o contexto, do espaço social até ao momento em que se invade o espaço pessoal, necessário para a execução dos procedimentos clínicos na cavidade oral.

Em relação à cronémica no caso específico da saúde, geralmente o médico experimenta a sensação de que o tempo passa mais rapidamente, enquanto o paciente sente a sensação de que o tempo demora mais a passar. No contexto de Medicina Dentária, a sensação experienciada pelo paciente pode-se dever ao facto de este não poder verbalizar durante a execução dos procedimentos clínicos. Desta forma, cabe ao médico-dentista a responsabilidade de executar os procedimentos clínicos adequadamente o mais rápido possível e utilizar distrações, como por exemplo música calma ou programas televisivos, para a alterar a cronémica do paciente de uma forma agradável.

2.2. CARACTERÍSTICAS DO MÉDICO

Para além do conhecimento na área de saúde e de uma boa competência comunicativa, o profissional de saúde deverá desenvolver as seguintes capacidades: ^{5, 12}

- **Empatia e Solidariedade:** capacidade de se colocar na situação do outro indivíduo, compreendendo as suas dúvidas, angústias, medos, expectativas, entre outros fatores psicológicos pessoais.
- **Paciência:** capacidade de tolerar os comportamentos que expressam as emoções pessoais por parte do outro indivíduo sem represálias para este último.

- Humildade: capacidade de reconhecer as limitações que dizem respeito ao “eu” pessoal e profissional e de respeito para como o outro indivíduo a nível social, profissional e cultural.
- Curiosidade e Criatividade: capacidade de questionar as hipóteses existentes para resolução de uma determinada situação.
- Ética e Humanização: capacidade de observar o paciente do ponto de vista biológico, social, psíquico e cultural; desta forma a humanização do ato médico é definido como “o processo, fundamentado no respeito e [na] valorização da pessoa humana, que visa à transformação da cultura institucional por meio da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional”. ^{67 (p. 254)}

Desta forma, surge o conceito de empatia no contexto de saúde como “the ability to understand the patient situation, communicate that understanding, and check its accuracy”. ^{11 (p. 20)} Este conceito envolve três implicações importantes: ^{8, 9}

- A componente cognitiva, em que o profissional de saúde se apercebe da perspetiva e experiência do paciente, através do recurso a sugestões verbais e não-verbais, sem perder a sua própria perspetiva e a distância clínica.
- A componente emocional, que retrata a capacidade do profissional de saúde em se colocar na situação que o paciente está a experienciar, através de “experience of surrogate or ‘resonant’ feelings”. ^{8 (p. 221)}
- A componente de ação é aquela em que o profissional utiliza a comunicação para obter um feedback da compreensão que obteve, oferecendo a oportunidade do paciente corrigir ou modular a formulação do profissional de saúde. Esta componente permite também reforçar relação médico-paciente, no sentido em que revela o interesse do profissional de saúde em compreender o ponto de vista do paciente.

De acordo com Kaplowitz e Johnston, “the physician’s empathic communication skills significantly and substantially influenced patient satisfaction and patient compliance”, ^{10 (p. 246)} e consequentemente, “[b]y increasing patient compliance, the physician is likely to improve patient health”. ^{10 (p. 248)} Esta conclusão revela a importância da empatia como parte integrante dos cuidados primários em saúde.

3. CONSULTA DE ODONTOPEDIATRIA

A saúde oral é definida como um estado de estruturas orais saudáveis e em bom funcionamento, juntamente com a falta de ansiedade ou medo dentário, e deve ser vista como parte integrante da saúde geral.

A Odontopediatria é o ramo da Medicina Dentária que trata dos procedimentos preventivos e terapêuticos, a fim de preservar a saúde oral das crianças desde o nascimento até ao fim da adolescência. Este ramo especializado integra o conhecimento aprofundado da área de Medicina Dentária e habilidades médicas, psicológicas e pedagógicas para um tratamento adequado a crianças e jovens.

No que refere à comunicação no contexto específico da consulta de Odontopediatria, tal como afirmado anteriormente, é necessário ter em atenção que existem três possíveis relações interpessoais a decorrer de forma complexa envolvendo o odontopediatra, a criança a ser tratada e o adulto responsável pela criança.

O odontopediatra deve ser o profissional qualificado e consultor especialista capaz de resolver necessidades orais e gerais complexas relacionadas com o desenvolvimento físico e emocional da criança, entendendo que esta se encontra constantemente em transformação. Entende-se, portanto, que o odontopediatra deve possuir capacidades mais desenvolvidas como, por exemplo, na área da Psicologia para resolver potenciais problemas do foro emocional da criança, como a ansiedade.

De acordo com Ferreira⁶⁸,

[o]s conhecimentos de Psicologia aplicados à Odontopediatria promovem um melhor e mais integrado relacionamento profissional-paciente, permitindo um diagnóstico global envolvendo sintomas somáticos e psicológicos, os quais necessitam ser correlacionados e avaliados, visto que o paciente infantil se encontra em constante mudança e contínua transformação. ⁶⁸ (p. 248)

3.1. COMUNICAÇÃO EM ODONTOPEDIATRIA

Tal como referido anteriormente, existem três relações interpessoais a decorrer na consulta de Odontopediatria que envolvem o odontopediatra, a criança e o responsável pela criança.

A relação entre o odontopediatra e o responsável pela criança é a única em que a comunicação é desenvolvida de adulto para adulto. O odontopediatra deve explicar ao responsável pela criança o diagnóstico, o respetivo plano de tratamento e a importância da introdução da higienização oral para a criança, bem como o desenvolvimento dentário de acordo com a idade da mesma. É necessário que o responsável pela criança compreenda a importância da saúde oral, colabore com o plano de tratamentos que necessitam de ser realizados no consultório e com a higienização oral fora do consultório clínico.

Perante a relação entre o responsável pela criança e a própria criança, sabe-se que os pais condicionam o comportamento dos filhos desde o início das suas vidas e é por esse motivo que é extremamente importante manter uma boa comunicação com eles. A forma como se estabelece essa comunicação varia de acordo os vários estilos parentais:^{69, 70}

- **Autoritário:** caracterizado pelas “exigências excessivas, a supressão de conflito, a recusa em ajudar, a monopolização do poder de decisão e a valorização excessiva das regras e das normas”,^{69 (p. 11)} limitando o sentido de autonomia por parte da criança, e o controlo comportamental é executado através da punição e reforço negativo.
- **Indulgente/Permissivo:** caracterizado pela aplicação de regras muito flexíveis ou ausência delas. Neste estilo parental, os pais
evitam exercer controlo e não encorajam a obediência a padrões externos. Quando estes pais pretendem o cumprimento de um objectivo tentam obter a cooperação da criança através do uso de explicações ou de manipulação, [...] [e] fazem poucas exigências, dando autonomia à criança para tomar as suas próprias decisões.^{69 (p. 10-11)}
- **Negligente:** onde as regras aplicadas são pouco definidas, existindo alternância dos níveis de afetividade e uso descontextualizado de punição. Os pais que se enquadram neste estilo parental são considerados “frios, inacessíveis, indiferentes, centrados neles próprios,

não dando à criança/jovem os estímulos afectivos de que necessita e recorrem a castigos ou pressões para evitar que o filho perturbe o seu comodismo”.⁶⁹ (p. 12)

- Democrático/Autoritativo: em que são aplicadas regras bem definidas e uma gestão apropriada entre afeto e controlo comportamental, permitindo a liberdade adequada para a autonomia da criança. Desta forma, este estilo parental apresenta como principais características

a exigência e o fornecimento de autonomia em níveis intermédios, a estimulação da comunicação verbal, o uso do poder mas não de forma punitiva e sim para chamar as crianças/jovens à razão, a responsividade, na medida em que são afectuosos, apoiantes e empenhados cognitivamente.⁶⁹ (p. 11)

Já referente à relação que se estabelece entre o odontopediatra e a criança, para que se desenvolva a melhor relação médico-paciente neste contexto e para que a criança se sinta confortável com o ambiente clínico, é importante que o profissional identifique os sinais e sintomas clínicos, bem como o estilo parental em que a criança se encontra inserida, o nível de ansiedade experienciada pela criança e reconheça os fatores que influenciam esse nível de ansiedade.

3.2. PARÂMETROS QUE INFLUENCIAM O NÍVEL DE ANSIEDADE NA CRIANÇAS NO CONTEXTO DE ODONTOPEDIATRIA

É descrito que inúmeros fatores influenciam o nível de ansiedade experienciado pelas crianças.^{2, 17, 18, 20, 23, 24, 25, 26, 27}

Alguns estudos referem que “[a] idade das crianças constitui um fator determinante na ansiedade dentária, [...] verificando-se uma maior incidência em idades precoces e uma diminuição à medida que as crianças atingem idades mais avançadas”.²² (p. 65)

De acordo com Majstorovic, “[c]hild gender and parental anxiety are indicators of child dental anxiety”.⁷¹ (p. 12) Este autor, em concordância com Melamed⁷², Taylor⁷³, Borges⁷⁴, Al-Far⁷⁵ e Montagna²², referem que o género feminino se revela um fator preditivo para a ansiedade dentária, principalmente na idade escolar.

Alguns estudos concluem que a ansiedade sentida pelos adultos responsáveis pelas crianças é um fator que pode incentivar ao aumento do nível de ansiedade sentida pela criança: “Maternal anxiety before children’s dental treatment was significantly associated with children’s dental fear.”⁷⁶ (p. 72)

A atitude dos pais é provavelmente o fator psicossocial que mais influencia a criança, uma vez que modela e direciona a conduta infantil maioritariamente nas primeiras fases de crescimento, sendo afetada pela posição socioeconómica familiar, pelo desenvolvimento cultural e pelo contexto étnico.²² (p.11)

A ansiedade do adulto responsável pela criança, para além de provocar ansiedade na própria criança, apresenta ainda outras consequências:

Those with the lowest levels of education and income reported feeling the most concern about pain at the dental office, as well as avoiding bringing their child to the dentist because of their fear of pain and not complying with scheduled dental appointments for the child.⁷⁷ (p. 1515)

Por este motivo, torna-se importante educar o responsável pela criança acerca da saúde oral e estabelecer uma boa relação interpessoal, para que este seja capaz de manipular de forma estratégica a influência que apresenta face à criança, com o intuito de “conseguir desta um comportamento mais aceitável para as consultas dentárias”.²² (p.12)

Tem sido demonstrado que a primeira visita ao dentista, que se inicia na sala de espera, é uma variável importante no desenvolvimento posterior de atitudes ou crenças das crianças sobre a saúde oral, a importância da higienização oral, os dentistas e os tratamentos dentários.²⁰ A relação médico-dentista-paciente positiva pode ter um efeito positivo sobre a satisfação da criança, possibilitando a motivação, no sentido de procurar manter hábitos de higiene oral adequados e melhorar a saúde oral, sem esquecer que a relação médico-dentista-responsável pela criança deve também ser positiva. Todavia, uma primeira visita desagradável pode influenciar negativamente o tratamento posterior, conduzindo a um estado de ansiedade dentária que pode persistir e resultar em revogação do cuidado oral e num comportamento disruptivo durante os tratamentos dentários.^{20, 78}

O tipo de procedimento a efetuar e a existência de dor são também fatores que influenciam a conduta comportamental da criança e, por sua vez, a relação médico-paciente. Os procedimentos invasivos são considerados como fator de ansiedade para a criança, devido ao risco de provocar dor durante o tratamento: “Children with toothache had higher levels of dental anxiety than those that had never experienced toothache.”¹⁸ (p. 125) Estes fatores encontram-se correlacionados com as experiências clínicas anteriores e com o designado ‘medo objetivo’, no sentido em que as “experiências negativas médico-dentárias anteriores influenciam o comportamento da criança pela ansiedade que pode desencadear nas consultas subsequentes”.²² (p. 13-14) Contudo, esta associação também se verifica ao contrário, no sentido em que as crianças ansiosas relatam mais frequentemente dor. De acordo com as conclusões de Montagna²² e Mustafa¹⁰³, “[a]nxious patients are more likely to report pain”.¹⁰³ (p. 289)

O nível de conhecimento acerca de saúde oral e de tratamentos a realizar para as crianças revela-se com o ‘medo do desconhecido’ ou ‘medo subjetivo’, que ocorre por sugestão de ouvir falar de experiências desagradáveis ou mesmo de expressões faciais. Por esse motivo dever-se-á fazer uma introdução gradual dos tratamentos e dos respetivos procedimentos necessários para a prevenção e reabilitação da saúde oral.

A sala de espera e o ambiente clínico devem estar preparados para receber a criança, tornando os objetos acessíveis ao tamanho da criança e havendo distrações, como jogos e desenhos, para que se possam tornar num ambiente mais cómodo e calmo para a criança.

O “facto do diálogo clínico depender também das qualidades emocionais e pessoais dos intervenientes, da sua capacidade para estar-aberto e estar-com e da qualidade afectiva da relação e respeito genuíno pela liberdade do outro”¹⁵ (p. 152) torna-se ainda mais relevante na área de Odontopediatria e, por esse motivo, o odontopediatra deverá deter das melhores capacidades comunicativas e apresentar certos cuidados ao controlar a sua comunicação não-verbal, porque o seu comportamento pode influenciar a conduta comportamental da criança. O odontopediatra deve transmitir tranquilidade e conversar diretamente com a criança, gerir a proxémica, ser tolerante e paciente de forma a desenvolver confiança, segurança e autoridade.

3.3. MEDO, ANSIEDADE E FOBIA DENTÁRIOS

Sabe-se que é necessário entender que existem vários fatores que influenciam o nível de ansiedade nas crianças, tal como a cultura, a idade, o género e a influência parental. Segundo o estudo de Uehara N⁷⁹, cerca de 11% das crianças apresentam medo dentário, todavia a sua prevalência varia em diferentes populações.

Após o reconhecimento dos fatores que podem desencadear a ansiedade nas crianças e que “[a] prevalência do medo/ansiedade pode ser considerada elevada na clínica Odontopediátrica” ^{68 (p. 248)}, torna-se “oportuno que o cirurgião-dentista institua estratégias de controle do comportamento na clínica infantil, favorecendo o estabelecimento de uma boa relação profissional-paciente e sucesso dos procedimentos clínicos propostos.” ^{68 (p. 248)}

A escolha da estratégia a adotar requiere a distinção de três conceitos distintos: Medo dentário representa uma reação emocional normal específica a um estímulo dentário ameaçador externo. Ansiedade dentária representa um estado geral em que o indivíduo experimenta um nível de apreensão e está preparado para algo negativo que possa eventualmente ocorrer. Fobia dentária é uma condição grave de ansiedade dentária, que pode resultar em evasão ou resistência da experiência dentária com desconforto significativo.^{16, 17, 18}

3.4. TÉCNICAS DE CONTROLO DE ANSIEDADE DENTÁRIA

Existem duas maneiras distintas para minimizar o nível de ansiedade experienciada pelos pacientes, que podem ser utilizadas unitariamente ou em conjunto. “[B]ehaviour can be defined as purposeful application of accepted techniques, both pharmacologic and non-pharmacologic, to reduce fear and anxiety, enhance cooperation and effect treatment.” ^{29 (Pg. 43)}

Alguns autores, tal como Nuvvula³², referem que a melhor opção para uma primeira tentativa de controlo deste nível de ansiedade é a utilização de técnicas comunicativas pelo médico-dentista pediátrico.

3.4.1. TÉCNICAS NÃO FARMACOLÓGICAS OU COMUNICATIVAS

As técnicas não farmacológicas incluem técnicas de comunicação (como a linguagem pediátrica, a técnica *'tell-show-do'*, o controlo de voz e a utilização de distrações), técnicas de modificação comportamental (como a dessensibilização, o reforço positivo, a imitação, o *'reframing'* e a descontaminação emocional) e a técnica de restrição física ou imobilização. “Communicative techniques [...] include tell-show-do, voice control, positive reinforcement and distraction, [...] are indicated when a child shows mild anxiety, failure to attend, or mild disruptive behaviour.”²⁹ (Pg. 43)

A linguagem pediátrica implica que exista uma “seleção do vocabulário”²² (p.26) consoante a faixa etária em que a criança se encontra inserida. O objetivo desta técnica “consiste em substituir as palavras com conotações de ansiedade na criança por expressões moderadas ou optar por fazer a alusão a descrições eufemísticas dos procedimentos dentários, em vez de referir os conceitos específicos que funcionam como sinais de alerta de perigo na mente da criança”²² (p.26).

A técnica *'tell-show-do'* consiste em explicar à criança o procedimento que se vai realizar, exemplificar uma demonstração visual e tátil e realizar o procedimento sem que exista algum momento para a criança rejeitar o tratamento e/ou apresentar comportamentos inadequados. De acordo com Ferreira e com o Departamento de Saúde e dos Recursos Humanos dos Estados Unidos da América, esta técnica está indicada para pacientes com idade superior a 2 anos.
29, 68

A técnica de controlo de voz consiste numa mudança abrupta do timbre, volume e velocidade da voz, de forma a posicionar o poder do médico-dentista em relação à criança, para que esta compreenda que não existem motivos para ter ansiedade ou medo do tratamento e para que entenda que a realização do tratamento é realmente importante naquele momento. De acordo com Ferreira e com o Departamento de Saúde e dos Recursos Humanos dos Estados Unidos da América, esta técnica está indicada em crianças com idade superior a 3 anos.
29, 68

A utilização de distrações é uma técnica utilizada para desviar a atenção da criança de procedimentos considerados desagradáveis, em função de a acalmar, enquanto o tratamento é realizado, podendo recorrer a brinquedos, balões, luvas, escovas de dentes pediátricas, pastas de dentes, vídeos, entre outros. ^{29, 68, 80}

A técnica de dessensibilização permite auxiliar a criança a suprimir a sua ansiedade, expondo-a gradualmente a estímulos específicos através de contatos repetidos, que podem estar associados a determinados procedimentos. Estes procedimentos são constituídos por etapas, com vista à tranquilização e relaxamento da criança, permitindo um melhoramento do comportamento ansioso e aplicação do tratamento. ²²

A técnica de reforço positivo consiste em estimular a recorrência do comportamento desejado, através da aplicação de uma recompensa ou de um elogio se a criança apresentar um comportamento adequado e aceitar o tratamento proposto. ^{22, 29, 68, 80}

A imitação tem por base os princípios da aprendizagem social que consiste em, tal como a palavra indica, copiar o modelo de comportamento ideal, realizando a aprendizagem pela observação do comportamento pretendido que servem como um bom exemplo a seguir. As experiências repetidas deverão moldar o comportamento da criança e, deste modo, permitir a realização do tratamento. ²²

Nuvvula³² acrescenta a técnica comunicativa 'reframming' que consiste em

taking a situation outside the frame that up to that moment contained the individual in different conditions and visualize (reframe) it in a way acceptable to the person involved and with this reframing, both the original threat and the threatened "solution" can be safely abandoned. This communication technique is in fact a part of neuro-linguistic programming that helps in strengthening the relationship. It is based on the principle that the content of any event depends upon the frame, in which one perceives it. When there is a change in the frame, it changes the content, which turn changes the response and behaviour of the person. ^{32 (p. 165)}

No caso específico de Odontopediatria,

The dentist should first make the child relax either by creating a non-hospital like, child friendly environment or make the child imagine an environment other than the dental office using suggestions. Then to bring about the change in ego state, it is essential to use the adequate facial expression, voice intonation and supporting non-verbal communication. The clarity of the message and the use of euphemisms can help pediatric dentists in making the child understand the situation better. [...] Behaviour modification techniques like tell-show-do, modeling and contingency management can also help in reframing. ³² (p.167)

Nunes¹² reforça esta ideia com a técnica de descontaminação emocional, assumindo que “[é] conhecido que comportamento gera comportamento, se o médico a um comportamento negativo responder com um positivo então está a induzir no doente uma mudança de atitude no mesmo sentido”. ⁸¹ (p.169-170)

A imobilização é uma técnica utilizada quando o paciente se revela relutante ou incapaz de controlar os seus movimentos, apresentando perigo para a própria criança e para os profissionais de saúde que tentam realizar o tratamento ou que possam afetar a qualidade dos tratamentos ser realizados, podendo exigir pessoal adicional, o adulto responsável pela criança e/ou dispositivos para restringir de forma segura esses movimentos. De acordo com Ferreira, esta técnica é indicada “[e]m pacientes não cooperativos imaturos, pacientes não cooperativos deficientes físicos ou mentais, pacientes sedados necessitando limitação de movimentos e em casos de ameaça da segurança dos pacientes, pais ou profissionais”. ⁶⁸ (p. 249) Esta técnica é contraindicada se for utilizada como punição, em pacientes cooperativos, quando pode representar risco de lesões para o paciente e em pacientes com experiência negativa prévia da técnica. ^{22, 29, 30, 68, 80}

No entanto, persistem situações em que as crianças revelam incapacidade para cooperar facilmente e para aceitar o tratamento, devido ao nível de ansiedade, comportamentos inapropriados ou incapacidade mental. Tais situações “may require the dentist to devote substantially more time than normal to communicative behavioural management techniques in an effort to provide the service while avoiding the need for additional, more invasive behavioural techniques.” ²⁹ (Pg. 43)

3.4.2. TÉCNICAS FARMACOLÓGICAS OU NÃO COMUNICATIVAS

As técnicas não comunicativas incluem analgesia, sedação e anestesia geral.^{22, 29, 31}

A analgesia é a utilização de analgésicos, como por exemplo a ingestão de paracetamol ou através da inalação de uma combinação de óxido nitroso e oxigénio em concentrações suficientes, para relaxar, sem colocar o paciente inconsciente, sendo indicados para crianças ansiosas, crianças com necessidades especiais, os pacientes com hiper-reflexia do reflexo da mordada (como no caso da mielite transversa), e para aqueles com resposta inadequada ao anestésico local. Certas condições pulmonares, doenças emocionais, dependência de drogas, e a gravidez pode ser contraindicações para analgesia.^{22, 29, 30} Esta técnica “possibilita um grau variável de analgesia, amnésia e prejuízo mínimo de qualquer tipo de reflexo com ressalva do reflexo de tosse”.^{22 (p. 35)}

É importante referir que

“[g]eralmente esta estratégia não é bem aceite pelas crianças, uma vez que retraem a aplicação da máscara pela sensação de perda de controlo e claustrofobia, por isso é conveniente que exista algum grau de cooperação e idade suficiente que possibilite uma maior aceitação”.^{22 (p. 35)}

A sedação é a administração de um agente farmacológico de ação central por via oral, intravenosa, rectal, intranasal ou por via submucosa, para induzir um nível de consciência em que seja possível realizar os cuidados dentários de forma segura e eficaz.^{61, 94, 96, 97} Esta técnica é apenas indicada em crianças que são ansiosas e não colaborantes, cujo estado de saúde permite o uso de sedativos, e que, no julgamento do dentista ou da ineficácia anterior de outras técnicas alternativas, são melhor tratados com esta técnica em associação com outras técnicas comportamentais.^{22, 29, 30, 31} De notar que este método farmacológico de controlo comportamental não produz uma ação analgésica efetiva²², requerendo a utilização de anestesia local se o alívio da dor for necessário.

De acordo com a AAPD existem três níveis de sedação^{22, 30, 31} conforme o nível crescente de depressão da consciência:

- Sedação Leve: caracterizada por um efeito ansiolítico, debilitando as funções cognitivas e de coordenação, que permite a resposta normal a estímulos verbais, sem afetar as funções respiratória e cardiovascular.
- Sedação Moderada ou MCS: este nível intermédio, caracterizado por uma maior depressão da consciência, requer a manutenção dos reflexos de proteção. Shavlokhova afirma que *“In case of minor medical procedure physical restraint is also used often enough aggravating the fear. An alternate method for comfortable treatment is monitored conscious sedation (MCS).”* ⁸² (p. 23)
- Sedação Profunda: caracterizada pela alternância de estados de consciência e inconsciência, tornando impossível responder a estímulos verbais e de dor. Neste nível de sedação, apesar da função cardiovascular ser mantida, é necessário recorrer a assistência para manter a função respiratória, devido à perda parcial ou total dos reflexos protetores.

Jones⁸³, Lourenço-Matharu⁸⁴ e Tsugayasu⁸⁵ confirmam que

Sedation can be used to relieve anxiety and manage behaviour in children undergoing dental treatment. [...] There is a weak evidence that oral midazolam is an effective sedative agent for children undergoing dental treatment. There is a very weak evidence that nitrous oxide inhalation may also be effective. ⁸³ (p. 74)

A Anestesia Geral é uma técnica na qual uma criança é tratada inconsciente com uma aplicação única ou na combinação de agentes farmacológicos. A anestesia geral é administrada mais apropriadamente numa instalação aprovada por um profissional treinado. ^{29, 30, 80, 89} De acordo com Montagna, “este método induz um estado controlado de inconsciência acompanhado de perda dos reflexos protetores, incluindo a incompetência para manter a ventilação independente e de responder a estímulos verbais e físicos, encontrando-se a função cardiovascular também debilitada”.²² (p.36) Esta técnica é apenas aplicada em crianças cujas capacidades físicas, mentais ou condições médicas impeçam outras opções de controlo de comportamento e cuja necessidades dentárias merecem um tratamento melhor realizada sob anestesia geral, tal como no caso de múltiplas cáries e processos infecciosos. ^{29, 30, 80, 89}

3.5. ODONTOPEDIATRIA E SAÚDE ESCOLAR

A saúde escolar insere-se com o objetivo de capacitar as crianças ao longo do ciclo escolar para “definir, avaliar, analisar e agir sobre as capacidades em educação, saúde e outros campos”. ^{87 (p. 25)} Envolve, assim, crianças e jovens dos 3 aos 18 anos de idade.

De acordo com Abreu, “[a] gradual exposure of children to the dental environment in sequential dental visits of different natures in school premise decreased their levels of dental anxiety over a 14.5-month period”. ^{35 (p. 302)}

“A literacia para a saúde traduz-se num conjunto de competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para aceder, compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter uma boa saúde.” ^{87 (p.25)} Deste modo, entende-se que os programas existentes da saúde escolar incluem o programa de saúde oral, que apresentam a responsabilidade de intervir na comunidade escolar a fim de educar e incentivar a aplicação de métodos de higienização oral e de prevenção de doenças orais, como método de promoção de saúde das crianças e jovens.

No que se refere à Odontopediatria,

[o] Programa Nacional de Promoção de Saúde Oral (PNPSO) preconiza uma estratégia global de intervenção assente na promoção de saúde, prevenção e tratamento das doenças orais ao longo de todo o ciclo de vida, em particular nos ambientes onde as crianças vivem e estudam. ^{87 (p.25)}

Este programa inclui a prestação de cheques-dentista entregues no centro escolar ou no centro de saúde. Este tema irá ser abordado no contexto da legislação em Portugal.

3.6. SISTEMA DE SAÚDE ORAL- LEGISLAÇÃO

A primeira visita ao médico-dentista deve ser realizada quando os primeiros dentes decíduos erupcionam ou, no máximo, até à criança completar o primeiro ano de vida, definindo um plano preventivo de saúde oral e intercalar hábitos que possam ser prejudiciais. Idealmente, a criança deve ser observada, pelo menos, a cada seis meses.

3.6.1. OBRIGATORIEDADES E SANÇÕES EM PORTUGAL

Em Portugal, as crianças e jovens até aos 18 anos de idade têm direito a cheques-dentista para a “prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados” ⁸⁸ (p. 32904) para tratamento ou prevenção (através da aplicação de selantes de fissuras) de todos os dentes molares e pré-molares permanentes erupcionados.

A atribuição dos cheques-dentistas é distribuída da seguinte forma: as crianças com 7 e 10 anos têm direito a dois cheques-dentista por ano letivo; aos 13 anos têm direito a três cheques-dentista por ano letivo; aos 16 anos e aos 18 anos têm direito a um cheque-dentista por ano letivo; as crianças e jovens de 7, 10 e 13 anos com necessidades especiais de saúde têm direito a um cheque-dentista ou referência para a Higienista; as crianças e jovens de 8, 9, 11, 12, 14 e 15 anos que se encontram em meio escolar e instituições particulares de solidariedade social e que apresentem cárie em dentes permanentes podem ter direito a um cheque-dentista por ano letivo; as crianças com 6 anos ou idade inferior que apresentem quadros de dor e infeção de gravidade considerável em dentes temporários podem ter direito a um cheque-dentista por ano. ^{88, 89, 90, 91}

De acordo com a Circular Normativa nº 8, de 20 de abril de 2010,

[o] Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, regulamentado pela Portaria nº 301/2009, de 24 de Março, prevê a prestação de cuidados de saúde oral personalizados, preventivos e curativos, ministrados por profissionais especializados a grupos populacionais de particular vulnerabilidade, designadamente a grávidas e idosos beneficiários do complemento solidário, utentes do SNS e crianças e jovens com menos de 16 anos a frequentar escolas públicas e IPSS. ⁸⁹ (p. 1)

A 1 de Março de 2016 foi emitida uma norma para alargamento dos beneficiários do PNPSO prevendo que, ao abrigo do disposto no nº 2 do artigo 2º e 3º da Portaria nº 301/2009, de 24 de Março, “[a]os jovens de 18 anos que tenham sido beneficiários do PNPSO e concluído o plano de tratamentos aos 16 anos, é atribuído um cheque-dentista”. ⁸⁸ (p. 32904)

3.6.2. OBRIGATORIEDADES E SANÇÕES NA CROÁCIA

Ao contrário do que ocorre em Portugal, na Croácia o direito à saúde é concebido através da aquisição do seguro de saúde nacional obrigatório, que é regulado pelo Hrvatski zavod za zdravstveno Osiguranje (HZZO), o que inclui determinados tratamentos dentários e protéticos no caso específico da medicina dentária. Cada área de Zagreb apresenta o seu próprio centro de saúde (Dom zdravlja) associado ao sistema nacional de saúde.

Nos termos da Lei sobre Cuidados de Saúde e suas emendas de 2006 (Diário Oficial 121/03, 48/05, 85/06),⁹² a proteção de saúde é definida como um sistema social, medidas de grupo e individuais, serviços e atividades para a preservação e melhoria da saúde, prevenção e deteção precoce de patologias, tratamento adequado, cuidados de saúde e reabilitação.

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. ESTUDO OBSERVACIONAL COMPARATIVO ENTRE PORTUGAL E CROÁCIA

1.1. OBJETIVO DO ESTUDO

O objetivo principal deste estudo é comparar o tipo de relação médico-paciente existente nas consultas de Odontopediatria realizadas em Portugal e na Croácia e verificar se esta relação se repercute ao nível da ansiedade experienciada pelas crianças de acordo com o país em que foi observada. Para atingir esse objetivo, pretendemos caracterizar os dois contextos através de um estudo empírico e averiguar se existem diferenças de procedimentos entre ambos os países referidos e, caso existam, quais as estratégias de controlo comportamental que são utilizadas para lidar com a ansiedade nas crianças nesse contexto.

Nos estudos com uma vertente qualitativa, tal como o presente estudo, é o desenvolvimento do estudo que estrutura a investigação, não sendo, todavia, recomendável “recolher tudo o que é possível na esperança de que surja um modelo”. Salieta-se que o que é realmente “importante não é haver uma hipótese, mas sim, por um lado, debruçar-se cuidadosamente sobre o que vale ou não a pena investigar e, por outro, ponderar a forma como a investigação irá ser conduzida”. ^{93 (p. 36)}

Por este motivo foi realizada uma reflexão final relacionada com os objetivos do estudo, respondendo às seguintes questões de investigação:

1. Será que todas as crianças apresentam o mesmo medo independentemente do seu país ou cultura?
2. Será que o facto de a criança experienciar dor influencia a conduta comportamental da criança?
3. Será que o tempo dispensado para conversa entre médico-paciente antes da realização da consulta influencia positivamente a conduta comportamental da criança?
4. Qual o método que se utiliza mais frequentemente para promover um bom comportamento por parte da criança durante a consulta?
5. São utilizados métodos de controlo comportamental farmacológicos para além da anestesia local no caso de tratamentos invasivos?

6. Existem diferenças entre os países no que se refere à aplicação de estratégias de controlo comportamental?

De realçar que as questões levantadas orientam a pesquisa, sabendo que a investigação é conduzida pela discussão de um problema. ^{94 (p. 137)}

1.2. TIPO DE ESTUDO

A pesquisa científica é um processo composto por várias etapas dinâmicas em desenvolvimento, oscilando a pesquisa “entre os esquemas de pensamento indutivo e dedutivo”. ^{95 (p. 18)}

As perspetivas pós-modernas sugerem que a objetividade num estudo dificilmente será alcançada, uma vez que está sujeita a diferentes interpretações. Com o objetivo de se alcançar o rigor, amplitude e profundidade da investigação, surge o que poderá ser compreendido como o recurso a diversos materiais empíricos que possam constituir uma estratégia, com vista à obtenção de um retrato mais fiel da realidade e que possibilite a melhor compreensão dos fenómenos em estudo. ³⁷

O estudo elaborado deteve por base as seguintes premissas:

Compreender melhor os significados de um acontecimento, de uma conduta, a fazer inteligentemente o ponto da situação, a captar com maior perspicácia as lógicas de funcionamento de uma organização, a reflectir acertadamente sobre as implicações de uma decisão política, ou ainda compreender com mais nitidez como determinadas pessoas apreendem um problema e a tornar visíveis alguns dos fundamentos das suas representações.

^{96 (P. 17)}

Os métodos adotados na presente investigação são de cariz quantitativo, sendo caracterizado por “um esquema dedutivo e lógico, [que] busca formular questões de pesquisa e hipóteses para posteriormente testá-las”, ^{95 (P. 19)} recorre à análise estatística e apresenta a finalidade de generalização de resultados obtidos.

De acordo com Tuckman³⁸, a investigação, em termos quantitativos, é empírica e é redutível, possibilitando a construção de categorias, sabendo-se que se podem perder dados particulares para se poder generalizar as conclusões. O raciocínio é dedutivo e os dados são o resultado final do processo de investigação, a recolha de informação é um processo empírico. Este autor refere que o paradigma quantitativo

é aplicável e transmissível, no sentido em que dá origem a um documento que possibilita a sua generalização e réplica, podendo outros sujeitos utilizar os dados recolhidos e estudados para dar lugar a outras investigações, quer no aspeto da continuidade ou da contestação.^{38 (P. 17)}

Por fim, menciona também que a investigação quantitativa “é lógica, para que o investigador consiga avaliar a validade das suas conclusões, confrontando a possibilidade de generalização no que concerne à validade externa”.^{38 (p. 17)}

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi necessário realizar *à priori* uma aprofundada revisão de literatura atual sobre esta temática em geral e, posteriormente, mais especificamente na área da saúde e da Odontopediatria. A pesquisa bibliográfica de fundamentação do projeto foi iniciada em Novembro de 2015 através do motor de busca <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, com os termos MESH ("Dental Care for Children"[Mesh] AND "Dental Care for Children/psychology"[Mesh]) AND ("Anxiety"[Mesh] OR "Dental Anxiety"[Mesh]), juntamente com a restrição cronológica "até cinco anos", obtendo-se quarenta e quatro resultados, sendo apenas selecionados trinta e nove artigos científicos conforme a disponibilidade e credibilidade do artigo e o interesse no domínio em estudo. Acrescentaram-se igualmente itens bibliográficos constantes da bibliografia das áreas disciplinares de Comunicação, de Técnicas Relacionais em Saúde e de Odontopediatria, assim como referências citadas nas Monografias de Mestrado apresentadas nestas áreas nos últimos três anos no âmbito do MIMD.

Após o enquadramento teórico foi elaborado um estudo não-experimental observacional sobre a relação médico-paciente e sobre a forma como o médico-dentista atua perante os diferentes comportamentos e níveis de ansiedade dentária dos pacientes em consultas de Odontopediatria, com o intuito final de comparar estas variáveis entre Viseu (cidade portuguesa) e Zagreb (cidade croata). Trata-se, portanto, de um estudo epidemiológico realizado em situações em que não se interfere com o curso dos acontecimentos naturais, conscientes de que a estatística descritiva é utilizada com objetivo de tratar a informação de modo sintético e claro, através da apresentação de contagens, da média, da mediana, desvio padrão, variância, valor mínimo, valor máximo e a soma dos valores.⁹⁷

Foi aplicado um questionário numa amostra de quinze pacientes em Zagreb e quinze pacientes em Viseu, perfazendo uma amostra constituída por trinta crianças com idade incluída entre os cinco e os doze anos. Para a aplicação e validade do questionário estiveram presentes dois indivíduos de forma a validar as respostas obtidas. Este questionário foi constituído pelos seguintes instrumentos de avaliação:

1. Teste de medo da criança (Child Fear Survey Schedule – Dental Subscale - CFSS-DS) (1973, 1982);
2. Escala comportamental de Frankl (1962);
3. Escala Visual Analógica (1983);
4. Escala SOM (2010);
5. Escala de Ansiedade da Face (2002);
6. Grelha de observação naturalista das estratégias de comunicação dos profissionais envolvidos no ato clínico.

Após terem sido aplicados todos os questionários, os mesmos foram organizados e analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)³⁹, utilizando os testes Coeficiente de Contingência (CC), V de Cramer, de Wilcoxon, de Mann-Whitney e o P value (p), com nível de significância de 0.005, para, no final, se proceder à interpretação de informação empírica com os instrumentos adequados aos dados recolhidos e discussão da mesma.⁹⁸ Estes testes apresentam como objetivo descrever a intensidade da associação na amostra.

O Coeficiente de Contingência³⁹, cujo limite superior é uma função do número de categorias, em que o índice não pode alcançar 1.0, é obtido através da seguinte fórmula:

$$CC = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + N}}$$

Uma vez observada uma correlação plausível concluída pela associação dos atributos na população de onde foram retiradas as amostras, ao testar a significância de uma medida de associação, está-se a testar a hipótese nula, de que não o valor da medida de associação observada poderia ter ocorrido aleatoriamente entre as amostras se as populações não apresentam correlação. Utiliza-se uma prova estatística adequada para determinar, a um nível de significância pré-fixado, se o valor observado pela estatística considerada pode ter provavelmente ocorrido sob H0.

No teste V de Cramer^{39,99}, o valor vai de 0.0, refletindo completa independência, a 1.0, mostrando completa dependência dos atributos. Este valor é calculado através da seguinte fórmula

$$V = \sqrt{\frac{\chi^2}{N(L-1)}}$$

onde $L = \min(r,c)$.

O teste T de Wilcoxon³⁹ é método não-paramétrico para comparação de uma amostra ou de amostras emparelhadas, para se analisar de existem ou não diferenças, sendo calculados os valores numéricos da diferença entre cada par, resultando em três condições possíveis: aumento, diminuição ou igualdade. Efetuado o cálculo das diferenças entre os valores obtidos para cada par de dados, essas diferenças são ordenadas pelo seu valor absoluto (sem considerar o sinal), substituindo-se, então, os valores originais pelo posto que ocupam na escala ordenada. O teste da hipótese de igualdade entre os grupos é baseado na soma dos postos das diferenças negativas e positivas. Este teste considera o valor dessas diferenças, sendo considerado um dos testes não-paramétricos mais relevantes. A eficiência do teste de Wilcoxon é de cerca de 95% para pequenas e grande amostras.

A aplicabilidade deste teste exige o cumprimento de alguns pressupostos, nomeadamente em relação às observações: estas devem ser independentes e retiradas da mesma população, a variável de interesse é medida numa escala que seja pelo menos ordinal.

O método de hipóteses requer o estabelecimento da hipótese nula (H0) e a hipótese alternativa (H1), sendo a primeira de igualdade e segundo a questão que pretendemos confirmar. O intervalo de confiança (IC) estabelecido para o presente estudo é de 95%, com um nível de confiança de 5% ($P = 0,05$).

O teste não paramétrico de Mann-Whitney (*Wilcoxon rank-sum test*)³⁹ é apropriado para a comparação de dois grupos de amostras independentes, quando a amostra é de pequenas dimensões e quando a variável numérica não

apresenta variação normal ou ainda quando não há homogeneidade das variâncias. Este teste U (Mann-Whitney) é indicado para comparação de dois grupos não pareados para se verificar se pertencem ou não à mesma população e cujos requisitos para aplicação do teste t de Student não foram cumpridos. Na verdade, verifica-se se há evidências para acreditar que valores de um grupo A são superiores aos valores do grupo B. O teste U pode ser considerado a versão não paramétrica do teste t, para amostras independentes. Ao contrário do teste t, que testa a igualdade das médias, o teste de Mann-Whitney (U) testa a igualdade das medianas. Os valores de U calculados pelo teste avaliam o grau de entrelaçamento dos dados dos dois grupos após a ordenação. A maior separação dos dados em conjunto indica que as amostras são distintas, rejeitando-se a hipótese de igualdade das medianas.

O P value ³⁹ descreve a eficácia da aplicação dos testes de associação. Desta forma, só são verificadas diferenças estatisticamente significativas se o seu valor for inferior a 0,05.

1.3. AMOSTRA DO ESTUDO

A população-alvo do estudo relaciona-se com as seguintes amostras:

- **Amostra 1:** É constituída por quinze crianças de Portugal continental, da cidade de Viseu.
- **Amostra 2:** É constituída por quinze crianças da Croácia, da cidade de Zagreb.

As crianças participaram voluntariamente, com autorização do seu responsável acompanhante. O investigador observou e recolheu os dados através do preenchimento do questionário.

Os dados recolhidos são referentes ao ano letivo de 2015/2016:

- Desde 12 de outubro de 2015 até dia 10 de fevereiro de 2016 foram recolhidos os resultados respetivos à amostra croata, na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Zagreb.
- Desde 23 de fevereiro de 2016 até dia 19 de abril de 2016 foram recolhidos os resultados respetivos à amostra portuguesa, na Clínica Universitária de Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu.

No que diz respeito à caracterização da nossa amostra, foi tido em consideração o fator “idade”, que se insere entre os cinco anos e os doze anos, o que, do ponto de vista do desenvolvimento psicológico da criança, corresponde à fase de latência, caracterizada pela crescente importância atribuída à escola, pelos amigos, pelas atividades recreativas e adultas fora do contexto familiar e pela crescente participação no ambiente social. As crianças neste intervalo de idades apresentam uma visão mais realista do tratamento dentário, requerendo explicações mais concisas acerca da saúde oral e dos procedimentos que necessitam.

1.4. VARIÁVEIS INCLUIDAS NO ESTUDO

O presente estudo inclui variáveis quantitativas, que apresentam uma escala de medida que “permite a ordenação e quantificação de diferenças entre elas” ³⁹ (p. 17), podendo ser medidas numa escala intervalar ou de razão. As variáveis quantitativas numa escala de razão “assumem valores quantitativos cuja relação exacta entre estes é possível definir porque esta escala possui o zero absoluto”, ao contrário da escala intervalar. ³⁹ (p. 17-18) As variáveis quantitativas podem ser medidas numa escala que “permite a ordenação e quantificação de diferenças entre elas” ³⁹ (p. 17-18), são numéricas e podem ser medidas numa escala intervalar (graus Celsius) ou numa escala de razão (como por exemplo o peso). ³⁹ (p. 17)

A tabela de contingência é uma classificação tabular cruzada de dados numéricos respeitantes a duas características ou variáveis, que é aplicada em testes de associação entre exposição e doença de um estudo.

Em relação ao presente estudo, em primeiro lugar foram definidas as variáveis independentes (sexo, idade e país (Portugal e Croácia)), cuja finalidade foi caracterizar a amostra. Em segundo lugar, foram investigadas as variáveis dependentes com o intuito de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis independentes.

As variáveis dependentes estão organizadas em seis categorias temáticas, com o intuito de classificar o nível de ansiedade experienciado pelas crianças e determinar o comportamento e as estratégias de controlo de ansiedade que os médicos-dentistas adotam perante os diferentes comportamentos.

1.5. ESCALAS UTILIZADAS NO ESTUDO

Teste de medo da criança (Child Fear Survey Schedule – Dental Subscale – CFSS-DS) (1973,1982) ^{2, 3, 19, 21, 71, 76, 78, 100, 101}

A CFSS-DS (Children's Fear Survey Schedule) é provavelmente a escala mais usada para avaliar o medo dentário infantil, relevando consistência e confiabilidade adequada. No entanto, existem algumas limitações na representação da fundação teórica do medo dentário, como aspetos cognitivos, fisiológicos, comportamentais e emocionais, que será ligeiramente ausente nesta escala.²¹ De acordo com Lopes,

Dental Anxiety Scale and Dental Fear Survey (...) are not especially tailored to children and survey much more about state anxiety than the causes of unwilling behaviour. The quantitative and qualitative influence of the atmosphere and the behaviour of the dentist on the patient's willingness to cooperate are underrepresented in research.²¹ (P.1)

Esta primeira parte do questionário refere-se à avaliação do estado emocional da criança na sala de espera, antes de entrar no consultório médico, através da aplicação verbal de doze situações que poderão causar receio à inquirida, permitindo que a própria se classifique dentro de cinco níveis, de um a cinco, sendo um considerado “nenhum medo” e cinco “com muito medo”.

Estas situações referem-se ao possível nível de medo que a criança poderá apresentar face a médicos-dentistas, à própria cadeira de dentista, a situações

ou procedimentos que requeiram injeção, a alguém examinar a cavidade oral, ao consultório clínico, a ver o motor da turbina, e a situações em que se possa ouvir o ruído do motor de turbina, a situações em que possam sentir alguém a colocar instrumentos na cavidade oral, ao risco de engasgar ou sufocar, a situações em que possa existir o risco de haver necessidade de ir para o hospital, a pessoas com o uniforme branco, ou simplesmente uma situação em que o médico-dentista irá realizar uma limpeza dentária.

Escala comportamental de Frankl (1962) ^{3, 101, 102}

Perante esta escala, a criança deve ser classificada em quatro níveis pelo observador, de acordo com o comportamento adotado no momento em que deverá iniciar o tratamento no consultório dentário.

O nível 1 é definido como comportamento “definitivamente negativo”, caracterizado pela recusa do tratamento e choro forçado, expressando medo ou qualquer outra característica de negativismo.

O nível 2 é definido como comportamento “negativo”, caracterizado pela postura retraída não-constante, havendo evidência negativa por parte da criança, que se encontra relutante em aceitar o tratamento, não cooperando com o médico-dentista.

O nível 3 é definido como comportamento “positivo”, caracterizado pela aceitação do tratamento, demonstrando boa-disposição em cooperar com o médico-dentista, no entanto com cautela e apresentando uma postura um pouco reservada.

O nível 4 é definido como comportamento “definitivamente positivo”, caracterizado por postura completamente colaboradora por parte da criança, revelando interesse pelos procedimentos dentários e estabelecendo uma boa comunicação com o médico-dentista.

Escala Visual Analógica (1983) ^{3, 99, 102, 103}

A Escala Visual Analógica deve ser aplicada após o tratamento dentário realizado e a criança deverá classificar a pior dor que experienciou durante a consulta com o médico-dentista, definindo em percentagem esse nível de dor limitado entre 0% (zero por cento), o que corresponde a “sem dor”, e 100% (cem por cento), o que corresponde a “dor insuportável”. ⁹⁹

Escala SOM – sons, olhos e movimentos (*SEM scale*) (2010) ^{3, 102, 104, 105, 106}

Trata-se de uma escala para avaliar o comportamento adotado pela criança durante o tratamento dentário, através de uma cuidadosa observação do paciente e classificação do seu comportamento em quatro níveis em cada um dos parâmetros “sons”, “sons” e “movimentos”.

Perante o parâmetro “sons” esta poderá ser classificada em:

1. Conforto – a criança não apresenta nenhum som;
2. Desconforto Leve – a criança expressa som não específico (sinal de ansiedade);
3. Desconforto Moderado – a criança exprime alguma reclamação verbal e sons altos;
4. Desconforto Severo – a criança exprime reclamação verbal e choro.

Escala de Ansiedade da Face (*Faces Anxiety Scale*) (2002) ^{3, 27, 35, 85, 101, 103, 106, 107}

Esta escala, representada por seis faces com diferentes expressões faciais inumeradas de zero a cinco, é a escala mais recente da escala de ansiedade da face. ¹⁰⁷

Neste estudo observacional, esta escala foi aplicada à criança para que esta indique o nível de ansiedade experienciado antes e após a consulta dentária, de modo a ser possível comparar os valores obtidos.

É esperado que se obtenha valores comparativos mais específicos e objetivos com esta escala, visto ser considerado de relativa facilidade para a criança, com

o mínimo de cinco anos de idade, identificar o seu nível de ansiedade através de uma expressão facial, considerada parte da comunicação não-verbal.

Grelha de observação do profissional de saúde

Para avaliar o ambiente clínico e o comportamento utilizado pelo profissional de saúde foi construída uma grelha de observação que analisa os seguintes fatores:

- Presença do responsável da criança;
- Tipo de procedimento: invasivo ou não-invasivo;
- Estruturas de Delicadeza: indica se o profissional utiliza uma forma pessoal ou formal perante a criança, revelando a proximidade da relação médico-paciente.
- Modalização: indica se o profissional utiliza a forma de pedido ou de ordem para obter uma determinação ação por parte da criança, revelando se existe ou não imposição de poder na relação médico-paciente por parte do profissional.
- Timbre de voz utilizado pelo médico-dentista: variando do agudo, sereno, firme e grave, tendo em consideração que um timbre de voz sereno será o mais adequado para se tentar manter um ambiente calmo.
- Tempo dispensado para a comunicação: a comunicação é essencial para se esclarecer dúvidas dos pacientes, para se conhecer os sintomas, discutir planos de tratamentos, mas também para melhorar a relação médico-paciente e tranquilizar o paciente, especialmente quando se trata de crianças.
- Proxémica no início, durante e fim de consulta: se o médico-dentista permanece numa zona íntima, zona pessoal, zona social ou zona pública da respetiva criança a tratar.
- Posição do olhar: superior, inferior, ao mesmo nível ou inexistente.
- Quinésia no início, durante e fim de consulta: realização de movimentos curvos – representativos de empatia – ou retos – representativos de imposição de poder -, acompanhados por uma posição agachada – representativa de empatia – ou de pé – representativo de imposição de poder.

- Tópico de conversa utilizada: poderá focar-se na vida pessoal, na saúde oral, sobre o médico-dentista ou forçar-se no procedimento dentário.
- Responsável pela introdução desse tópico de conversa: criança, adulto responsável pela criança, assistente dentária, e/ou médico dentista.
- Explicação do procedimento dentário: se é ou não efetuada.
- Utilização de meios de distração: sendo este um dos meios utilizados para controlo da ansiedade, o que pode incluir vídeos (desenhos animados), brinquedos, balões ou jogos.

RESULTADOS

ORGANIZAÇÃO DA APRESENTAÇÃO DOS DADOS

A apresentação dos dados é organizada tendo por base seis categorias: Caracterização dos Inquiridos, Teste de Medo da Criança, Escala Comportamental de Frankl, Escala Analógica Visual, Escala SOM e Grelha de observação.

Para análise dos resultados, foi necessário identificar as variáveis dependentes principais e codificá-las. Tivemos em consideração os seguintes critérios para estabelecer as categorias: (i) derivar de um único tema de classificação; (ii) possibilitar a colocação das respostas obtidas em cada categoria correspondente; (iii) não colocar determinada resposta em mais do que uma categoria.

CARACTERIZAÇÃO DOS INQUIRIDOS

De acordo com os dados recolhidos com os questionários, é possível constatar que a idade dos inquiridos é compreendida entre os cinco e os doze anos e em média oito anos de idade, com o desvio padrão de dois anos, ($M = 7,70$; $DP = 2.29$) (Quadro 1).

Os participantes do estudo estão agrupados em função das idades, sendo um grupo das crianças (entre os cinco e os nove anos de idade) e um dos pré-adolescentes (entre os dez e os doze anos de idade). Os grupos totalizam doze crianças (73,3%) e oito pré-adolescentes (26,7%) (Quadro 2).

É, ainda, possível constatar que o género feminino perfaz um total de catorze elementos e o género masculino perfaz um total de dezasseis elementos (Quadro 5).

Quadro 2 – Distribuição dos inquiridos por idade.

Idade	N	%
5 anos	7	23,3
6 anos	5	16,7
7 anos	4	13,3
8 anos	2	6,7
9 anos	4	13,3
10 anos	3	10,0
11 anos	4	13,3
12 anos	1	3,3
Total	30	100,0

1. Análise comparativa entre os dados de cada país em função da variável independente idade

Em Portugal, a idade ronda a média de sete anos, com o desvio padrão de dois anos ($M = 6,87$; $DP = 1,767$), sendo que foram inquiridas catorze crianças e um pré-adolescente(Quadro 3).

Na Croácia, a idade ronda a média de nove anos, com o mesmo desvio padrão ($M = 8,53$; $DP = 2,503$), sendo que foram inquiridas oito crianças e sete pré-adolescentes inquiridas na Croácia (Quadro 3).

Os valores obtidos pelos testes estatísticos (V de Cramer = 0,452; $p = 0,013$) (Quadro 4) sugerem a existência de uma associação moderada entre as variáveis país e idade, ou seja, existem diferenças entre a distribuição das idades dos inquiridos conforme o país.

Quadro 3 – Distribuição dos inquiridos por idade em função do país.

País		Idade
Portugal	N	15
	Média	6,87
	Desvio Padrão	1,767
	Crianças	14
	Pré-adolescentes	1
Croácia	N	15
	Média	8,53
	Desvio Padrão	2,503
	Crianças	8
	Pré-adolescentes	7

Quadro 4 – Distribuição estatística que relaciona a idade dos inquiridos com o país.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,452	,013
Coefficiente de contingência	,412	,013
Nº de Casos Válidos	30	

2. Análise comparativa entre os dados de cada país em função da variável independente género

Em Portugal, seis pacientes são do género feminino e nove pacientes são do género masculino (Quadro 5). Na Croácia, oito pacientes são do género feminino e sete pacientes são do género masculino (Quadro 5).

No quadro 6, é possível confirmar que não existem diferenças estatisticamente ligeiras na distribuição dos participantes em função do país (V de Cramer = 0,067; $p = 0,713$), confirmando que o género se encontra bem distribuído, independentemente do país.

RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DO TESTE DE MEDO DA CRIANÇA (Child Fear Survey Schedule – Dental Subscale - CFSS-DS)

1. Parâmetro ‘Médico-dentista’

A grande maioria dos inquiridos ($n = 23$) respondeu apresentar “nenhum medo” do médico-dentista (Quadro 7), dos quais treze foram registados em Portugal. Este parâmetro foi considerado como fator provocador de ansiedade para cinco crianças que foram avaliadas na Croácia. Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação entre o país com este parâmetro (V de Cramer = 0,424; $p = 0,249$) (Quadro 8).

Relativamente à idade, não foram encontradas diferenças entre as crianças e os pré-adolescentes suficientes para estabelecer uma relação de dependência (V de Cramer = 0,291; $p = 0,637$) (Quadro 9 e 10).

Relativamente ao género, foi registado que dois participantes do género masculino referiram sentir “pouco medo”, enquanto no género feminino houve três participantes que apontaram estar com “medo”, um com “bastante medo” e outro com “muito medo” (Quadro 11). Não foram encontradas relações de dependência entre o idade e este parâmetro (V de Cramer = 0,540; $p = 0,068$) (Quadro 12).

2. Parâmetro “Cadeira de dentista”

De acordo com os dados obtidos nos questionários, não foi estabelecida nenhuma associação com este parâmetro, dado o fato de todos os inquiridos (100% da amostra) referiram apresentar “nenhum medo” da cadeira do dentista (Quadro 13 e 14). Desta forma é possível afirmar que este parâmetro não foi considerado com fator provocador de ansiedade para os inquiridos que foram avaliados.

3. Parâmetro “Injeção”

É possível verificar-se que, generalizando e independentemente do nível de receio que apresentam, existe um conjunto significativo de inquiridos ($n = 17$) que apresenta medo da injeção (Quadro 15). Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação entre as respostas dadas entre os países com este parâmetro (V de Cramer = 0,338; $p = 0,489$) (Quadro 16). Conclui-se que este parâmetro é considerado um fator provocador de ansiedade para os inquiridos que foram avaliados, independentemente do país em questão.

Não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,173; $p = 0,924$) entre idade e este parâmetro (Quadro 17 e 18), tal como ocorre em relação ao gênero (V de Cramer = 0,400; $p = 0,310$) (Quadro 19 e 20).

4. Parâmetro ‘Alguém a examinar a cavidade oral’

Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação estatisticamente significativa entre a cultura do país e este parâmetro (V de Cramer = 0,186; $p = 0,309$) (Quadro 21), dado que a grande maioria dos inquiridos ($n = 29$) revela apresentar “nenhum medo” que alguém examine a sua cavidade oral (Quadro 22). Desta forma é possível afirmar que este parâmetro não foi considerado com fator provocador de ansiedade para os inquiridos que foram avaliados.

Apenas uma criança do gênero feminino inserida no grupo das crianças referiu ter “bastante medo” neste item (Quadro 23). Não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,112; $p = 0,540$) entre a variável idade e este

parâmetro (Quadro 24), tal como ocorre em relação ao género (V de Cramer = 0,212; $p = 0,245$) (Quadro 25 e 26).

5. Parâmetro “Consultório clínico”

Verificou-se que um maior número de inquiridos ($n = 23$) referiram não apresentar medo perante este parâmetro (Quadro 25). Os dados obtidos nos questionários sugerem existir uma associação moderada perante este parâmetro e a variável país (V de Cramer = 0,496; $p = 0,025$) (Quadro 26), revelando que existe um maior número de inquiridos na Croácia ($n = 5$) apontaram ter “pouco medo” do consultório clínico, comparativamente com Portugal ($n = 2$) (Quadro 25).

Dos inquiridos que referiram apresentar algum tipo de receio, cinco estão inseridos no grupo das crianças e dois no grupo dos pré-adolescentes (Quadro 27), dos quais quatro do género feminino e três do género masculino (Quadro 29). Desta forma, não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,199; $p = 0,553$) entre a variável parâmetro “Consultório clínico” e a variável idade (Quadro 28), tal como ocorre em relação ao género (V de Cramer = 0,160; $p = 0,681$) (Quadro 30).

Quadro 25 – Tabulação cruzada País versus Parâmetro “Consultório clínico”.

		Parâmetro – Consultório		
		(1) Nenhum medo	(2) Pouco medo	(3) Com Medo
País	Portugal	13	0	2
	Croácia	10	5	0
Total		23	5	2

Quadro 26 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro “Consultório clínico” com o país.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,496	,025
Coefficiente de contingência	,445	,025
Nº de Casos Válidos	30	

6. Parâmetro “Ver o motor da turbina”

A maioria dos inquiridos (n = 23) referiram não apresentar medo perante este parâmetro. Os dados obtidos nos questionários sugerem existir uma associação moderada perante este parâmetro e a variável país (V de Cramer = 0, 519; p = 0,018) (Quadro 32), dado que existe um menor número de inquiridos em Portugal (n = 1) com medo de ver o motor da turbina, comparativamente com os inquiridos na Croácia (n = 6) (Quadro 31).

Dos inquiridos que referiram apresentar algum tipo de medo de ver o motor da turbina, cinco são crianças e dois são pré-adolescentes (Quadro 33), sendo três do género feminino e quatro do género masculino (Quadro 35). Não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,130; p = 0,777) entre a variável idade e este parâmetro (Quadro 34), tal como ocorre em relação ao género (V de Cramer = 0,171; p = 0,646) (Quadro 36).

Quadro 31 – Tabulação cruzada País *versus* Parâmetro ‘Ver o motor da turbina’.

		Parâmetro - Ver o motor da turbina		
		(1) Nenhum medo	(2) Pouco medo	(3) Com medo
País	Portugal	14	0	1
	Croácia	9	6	0
Total		23	6	1

Quadro 32 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Ver o motor da turbina’ com o país.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,519	,018
Coeficiente de contingência	,461	,018
Nº de Casos Válidos	30	

7. Parâmetro “Ouvir o ruído do motor da turbina”

É possível verificar que o maior número de inquiridos ($n = 23$) apresenta “nenhum medo” de ouvir o ruído do motor de turbina (Quadro 37). Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação entre as respostas dadas por cada país (V de Cramer = 0,187; $p = 0,593$) (Quadro 38), não sendo, portanto, considerado um fator provocador de ansiedade para os inquiridos que foram avaliados, independentemente do país em questão.

Dos inquiridos que referiram apresentar algum tipo de medo de ouvir o ruído do motor da turbina, três pertencem ao grupo das crianças e quatro ao grupo dos pré-adolescentes (Quadro 39), dos quais um é do género feminino e seis são do género masculino (Quadro 41). Não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,426; $p = 0,066$) entre a variável idade e este parâmetro (Quadro 40), tal como ocorre em relação ao género (V de Cramer = 0,328; $p = 0,198$) (Quadro 42).

Quadro 39 – Tabulação cruzada Idade versus Parâmetro ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’

		Crianças	Pré-adolescentes
Parâmetro – ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’	(1) Nenhum medo	19	4
	(2) Pouco medo	0	1
	(3) Com medo	3	3

Quadro 40 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,426	,066
Coefficiente de contingência	,392	,066
Nº de Casos Válidos	30	

8. Parâmetro “Sentir alguém a colocar instrumentos na cavidade oral”

É possível verificar que o maior número de inquiridos (n = 27) apresenta “nenhum medo” de sentir alguém a colocar instrumentos na cavidade oral (Quadro 43). Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação entre as respostas dadas por cada país (V de Cramer = 0,333; p = 0,189) (Quadro 44). Desta forma é possível afirmar que este parâmetro não foi considerado com fator provocador de ansiedade para os inquiridos que foram avaliados.

Os três inquiridos que referiram apresentar algum tipo de medo de sentir alguém a colocar instrumentos na sua cavidade oral pertencem ao grupo das crianças (Quadro 45), dos quais um é do género feminino e dois do género masculino (Quadro 47). Portanto, não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,201; p = 0,545) entre a variável idade e este parâmetro (Quadro 46), tal como ocorre em relação ao género (V de Cramer = 0,165; p = 0,665) (Quadro 48).

9. Parâmetro “Engasgar”

É possível verificar que o maior número de inquiridos (n = 24) apresenta “nenhum medo” de engasgar durante a consulta dentária (Quadro 49). Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação entre as respostas dadas por cada país (V de Cramer = 0,149; p = 0,717) (Quadro 50), não sendo, portanto, considerado como um fator provocador de ansiedade para os inquiridos que foram avaliados.

Dos inquiridos que referiram apresentar algum tipo de medo de engasgar, quatro pertencem ao grupo das crianças e dois ao grupo dos pré-adolescentes (Quadro 51), dos quais três são do género feminino e três do género masculino (Quadro 53). Portanto, não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,345; $p = 0,167$) entre a variável idade e este parâmetro (Quadro 52), tal como ocorre em relação ao género (V de Cramer = 0,165, $p = 0,665$) (Quadro 54).

10. Parâmetro “Necessidade de ir ao hospital”

Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação entre as respostas dadas por cada país (V de Cramer = 0,351; $p = 0,297$) (Quadro 56), sendo possível verificar que, independentemente do país em questão, o maior número de inquiridos ($n = 20$) apresenta medo, independentemente do nível de receio que apresentem, de uma situação que requeira a necessidade de ir ao hospital (Quadro 55). Evidentemente este parâmetro foi considerado com fator provocador de ansiedade para os inquiridos que foram avaliados, independentemente do país em questão. Relativamente à variável idade, dezasseis crianças e quatro pré-adolescentes referiram algum tipo de medo (Quadro 57), no entanto estes dados não foram o suficientes para se encontrar uma reação de dependência (V de Cramer = 0,287; $p = 0,481$) entre a variável idade e este parâmetro (Quadro 58).

Em relação ao género, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (V de Cramer = 0,536; $p = 0,035$) entre a variável género e este parâmetro (Quadro 60), existindo menos rapazes ($n = 9$) do que raparigas ($n = 11$) a apresentar medo do risco de existir uma situação que requeira necessidade de ir ao hospital (Quadro 59).

Quadro 59 – Tabulação cruzada Gênero versus Parâmetro ‘Necessidade de ir ao hospital’.

		Feminino	Masculino
Parâmetro – ‘Necessidade de ir ao hospital’	(1) Nenhum medo	2	8
	(2) Pouco medo	2	5
	(3) Com medo	5	4
	(4) Bastante medo	4	0

Quadro 60 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Necessidade de ir ao hospital’ com o gênero dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,536	,035
Coefficiente de contingência	,472	,035
Nº de Casos Válidos	30	

11. Parâmetro “Pessoa com uniforme branco”

É possível verificar que o maior número de inquiridos ($n = 27$) apresenta “nenhum medo” de pessoas com uniforme branco (Quadro 61). Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação estatisticamente significativa entre as respostas dadas por cada país (V de Cramer = 0,186, $p = 0,595$) (Quadro 62). É, portanto, possível afirmar que este parâmetro não foi considerado com fator provocador de ansiedade para os inquiridos que foram avaliados, independentemente do país em questão.

Das três crianças que referiram apresentar algum tipo de medo (Quadro 63), uma é do gênero feminino e duas são do gênero masculino (Quadro 65). Portanto, não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer =

0,201; $p = 0,545$) entre a variável idade e este parâmetro (Quadro 64), tal como ocorre em relação ao género (V de Cramer = 0,308; $p = 0,240$) (Quadro 66).

12. Parâmetro “O médico-dentista a realizar a limpeza dentária”

De acordo com os dados obtidos nos questionários, a maioria dos participantes ($n = 28$) apresenta “nenhum medo” deste tipo de procedimento (Quadro 67), não existindo associação entre as respostas dadas neste parâmetro entre os países (V de Cramer = 0,267, $p = 0,343$) (Quadro 68). Desta forma é possível afirmar que este parâmetro não foi considerado com fator provocador de ansiedade para os inquiridos que foram avaliados.

Apenas duas crianças (Quadro 69), uma do género feminino e outra do género masculino (Quadro 71), é que referiram sentir algum tipo de medo da situação em que o médico-dentista lhes realiza a limpeza dentária. Não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,161; $p = 0,354$) entre a variável idade e este parâmetro (Quadro 70), tal como ocorre em relação ao género (V de Cramer = 0,263; $p = 0,354$) (Quadro 72).

RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA ESCALA COMPORTAMENTAL DE FRANKL

Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação estatisticamente significativa nesta escala ($V = 0,258$, $p = 0,572$). É possível verificar que o maior número de inquiridos ($n = 28$), vinte crianças e quatro em idades de pré-adolescente, onze do género feminino e dezassete do género masculino, apresenta um comportamento positivo ou definitivamente positivo.

Apenas duas crianças (Quadro 75) do género feminino (Quadro 77) apresentam um comportamento negativo e um comportamento definitivamente negativo, não sendo encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,337; $p = 0,333$) entre a variável idade e este teste (Quadro 76), tal como ocorre em relação ao género (V de Cramer = 0,306; $p = 0,421$) (Quadro 78).

RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA ESCALA VISUAL ANALÓGICA

A Escala Visual Analógica diz respeito a valores situados entre que variam de 0% a 100%. As crianças e pré-adolescentes indicaram apenas cinco valores: 0%, 10%, 20%, 50% e 100%. O valor mais indicado é o 0%, depois temos o 20% e o 50%, de seguida o 100%. Ou seja, a maioria dos inquiridos ($n = 19$) não referiram sentir dor durante a consulta (Quadro 79).

Com aplicação do teste Mann-Whitney verificou-se que a média da referida escala em Portugal situa-se abaixo da média na Croácia, o que sugere uma maior sensação de dor por parte dos participantes da Croácia, não obstante, de acordo com o teste Mann-Whitney (teste de médias) não são valores estatisticamente significativos ($U = -0,963$, $p = 0,335$). Podemos referir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os países relativamente aos resultados obtidos através da Escala Visual Analógica.

Assim, corrobora-se que os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação nesta escala (V de Cramer = 0,427, $p = 0,242$) (Quadro 80).

Relativamente ao género ($U = -0,583$, $p = 0,560$) e aos dois grupos de participantes, crianças e pré-adolescentes ($U = -0,136$, $p = 0,892$) os valores médios da Escala não diferem significativamente.

Dos inquiridos que referiram apresentar algum nível de dor durante a consulta, oito pertencem ao grupo das crianças e três ao grupo dos pré-adolescentes (Quadro 81), dos quais seis do género feminino e cinco do género masculino (Quadro 83).

Não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,272; $p = 0,697$) entre a variável crianças e pré-adolescentes e este teste (Quadro 82), tal como ocorre em relação ao género (V de Cramer = 0,358; $p = 0,427$) (Quadro 84).

RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA ESCALA SOM

1. Parâmetro “som”

A maioria dos inquiridos ($n = 17$) demonstraram-se confortáveis durante o procedimento, não havendo nenhum tipo de som revelador de ansiedade (Quadro 85). Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação nesta escala em relação ao país (V de Cramer = 0,282; $p = 0,495$) (Quadro 86).

Dos inquiridos que apresentaram algum tipo de som indicativo de ansiedade, onze pertencem ao grupo das crianças e dois ao grupo dos pré-adolescentes (Quadro 87), dos quais seis do gênero feminino e sete do gênero masculino (Quadro 89).

Não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,256; $p = 0,580$) entre a variável idade e este teste (Quadro 88), tal como ocorre em relação ao gênero (V de Cramer = 0,157; $p = 0,863$) (Quadro 90).

2. Parâmetro “olhos”.

A maioria dos inquiridos ($n = 17$) demonstraram-se confortáveis durante o procedimento, não havendo nenhum tipo de sinal ocular revelador de ansiedade (Quadro 91). Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação estatisticamente significativa nesta escala entre países (V de Cramer = 0,279; $p = 0,714$) (Quadro 92).

Dos inquiridos que apresentaram algum tipo de movimento ocular indicativo de ansiedade, dez pertencem ao grupo das crianças e três ao grupo dos pré-adolescentes (Quadro 93), não sendo encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,240; $p = 0,631$) entre a variável idade e este teste.

Em relação ao gênero, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas (V de Cramer = 0,703; $p = 0,002$) (Quadro 96), revelando maior incidência no gênero feminino ($n = 9$), do que no gênero masculino ($n = 4$), para apresentar maior suscetibilidade a revelar desconforto neste parâmetro (Quadro 95).

Quadro 95 – Tabulação cruzada Género versus Escala SOM – parâmetro ‘olhos’.

		Feminino	Masculino
Escala SOM - olhos	Conforto	4	13
	Desconforto Leve	8	0
	Desconforto Moderado	0	2
	Desconforto Severo	1	2

Quadro 96 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala SOM referente ao parâmetro ‘olhos’ com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,703	,002
Coefficiente de contingência	,575	,002
Nº de Casos Válidos	30	

3. Parâmetro “movimentos”

A maioria dos inquiridos (n = 19) demonstraram-se confortáveis durante o procedimento, não havendo nenhum movimento corporal revelador de ansiedade (Quadro 97). Os dados obtidos sugerem que não existe associação estatisticamente significativa nesta escala entre países (V de Cramer = 0,069; p = 0,705) (Quadro 98).

Dos inquiridos que apresentaram algum tipo movimento corporal indicativo de ansiedade, 9 pertencem ao grupo das crianças e 2 ao grupo dos pré-adolescentes (Quadro 99), dos quais 7 do género feminino e 4 do género masculino (Quadro 101).

Não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,146; p = 0,424) entre a variável idade e este teste (Quadro 100), tal como ocorre em relação ao género (V de Cramer = 0,312; p = 0,088) (Quadro 102).

RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA ESCALA DE ANSIEDADE DA FACE

1. FAS inicial

A maioria dos inquiridos (n = 11), quatro em Portugal e sete na Croácia, dos quais oito crianças e três pré-adolescentes, apontou a terceira imagem para refletir o seu nível de ansiedade antes de entrar no consultório, o que revela um nível de ansiedade leve (Quadro 103 e 105), sendo cinco do género feminino e seis do género masculino (Quadro 107).

Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação estatisticamente nesta escala entre os países (V de Cramer = 0,465; p = 0,262) (Quadro 104).

Não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,285; p = 0,786) entre a variável idade e este teste (Quadro 106), tal como ocorre em relação ao género (V de Cramer = 0,331; p = 0,657) (Quadro 108).

2. FAS final

A maioria dos inquiridos (n = 21) apontou para a primeira imagem para refletir o seu nível de ansiedade depois de sair do consultório, o que revela um nível sem ansiedade (Quadro 109). Apenas 9 participantes (3 em Portugal e 6 na Croácia) referiram experienciar um nível de ansiedade suportável ou leve, sendo 7 crianças e 2 pré-adolescentes (Quadro 111), 3 do género feminino e 6 do género masculino (Quadro 113).

Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe relação estatisticamente significativa entre as respostas dadas nesta escala e os países (V de Cramer = 0,293; p = 0,276) (Quadro 110). Também não foram encontradas relações de dependência (V de Cramer = 0,195, p = 0,564) entre a variável idade

e este teste (Quadro 112), tal como em relação ao género (V de Cramer = 0,237; $p = 0,430$) (Quadro 114).

3. EVOLUÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA FAS

De acordo com o teste Wilcoxon existem diferenças estatisticamente significativas entre as respostas iniciais e finais dos pacientes por país. Desta forma, foi possível constatar que, em Portugal, cinco pacientes mantiveram a mesma resposta e oito diminuíram o valor de ansiedade, existindo apenas 2 casos em que a ansiedade aumentou. Na Croácia, três pacientes mantiveram a mesma resposta e doze diminuíram o valor de ansiedade (Quadro 115).

Quadro 115 – Teste de Wilcoxon

FAS	Portugal	Z	-2,235 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,025
	Croácia	Z	-3,133 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,002
a. Teste de Posto Assinados por Wicoxon			
b. Com base em postos positivos.			

RESULTADOS OBTIDOS ATRAVÉS DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO

1. Tipo de procedimento

A maioria dos procedimentos realizados na (83,(3)% de todas as consultas; $n = 25$) foi do tipo invasivo, 13 tratamentos invasivos em Portugal e 12 na Croácia (Quadro 116). Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação entre os países e o tipo de procedimento (V de Cramer = 0,089; $p = 0,624$) (Quadro 117).

Este tipo de procedimento foi realizado em dezanove crianças e seis pré-adolescentes (Quadro 118), sendo onze participantes do género feminino e catorze do género masculino (Quadro 120). Relativamente às variáveis género

(V de Cramer = 0,030; p = 0,869) (Quadro 121) e idade (V de Cramer = 0,135; p = 0,460) (Quadro 119) não foram obtidas relações de dependência com o tipo de procedimento.

2. Presença do responsável

A maioria das consultas dentárias realizadas (n = 17) foram efetuadas na presença do responsável, sendo que 11 dessas consultas foram realizadas em Portugal (Quadro 122). Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,336; p = 0,065) (Quadro 123).

Em relação à variável idade, obtiveram-se diferenças estatisticamente significativas (V de Cramer = 0,537; p = 0,003) (Quadro 125), dado que foi registada a presença do responsável essencialmente no grupo das crianças (n = 16) (Quadro 124).

Em relação ao género, oito participantes do género feminino e nove do sexo masculino foram acompanhados pelo responsável (Quadro 126), não se tendo verificado associação entre esta variável e a presença do responsável (V de Cramer = 0,086; p = 0,638) (Quadro 127).

Quadro 124 – Tabulação cruzada Idade *versus* Presença do responsável.

		Crianças	Pré-adolescentes
Presença do responsável	Não	6	7
	Sim	16	1

Quadro 125 – Distribuição estatística que relaciona a presença do responsável com a idade dos inquiridos.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,537	,003
Coefficiente de contingência	,473	,003
Nº de Casos Válidos	30	

3. Estrutura de Delicadeza

Os dados obtidos nos questionários revelam que o médico-dentista em Portugal utiliza uma estrutura de delicadeza mais pessoal ($n = 12$) comparativamente com o médico-dentista na Croácia ($n = 0$) (Quadro 128), sugerindo existir diferenças estatisticamente significativas entre Portugal e Croácia neste item (V de Cramer = 0,816; $p = 0,000$) (Quadro 129).

Quadro 128 – Tabulação cruzada País *versus* Estrutura de Delicadeza.

		Estrutura de Delicadeza	
		Formal	Pessoal
País	Portugal	3	12
	Croácia	15	0
Total		18	12

Quadro 129 – Distribuição estatística que relaciona a estrutura de delicadeza utilizada pelo médico-dentista com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,816	,000
Coeficiente de contingência	,632	,000
Nº de Casos Válidos	30	

4. Modalização utilizada pelo médico-dentista

É possível observar que a maioria dos médicos-dentistas ($n = 18$) utiliza o pedido como modo de obtenção do comportamento da criança desejado (Quadro 130). Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,272; $p = 0,136$) (Quadro 131).

5. Timbre de voz utilizado pelo médico-dentista

A maioria dos médicos-dentistas ($n = 23$), especialmente na Croácia ($n = 14$), utiliza um timbre de voz sereno para comunicar com a criança durante a consulta (Quadro 132). Os dados obtidos através dos questionários sugerem que não existe associação nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,404; $p = 0,087$) (Quadro 133).

6. Cronémica

É possível destacar que a cronémica em Portugal ($n = 12$) tende para valores iguais ou superiores a 6 minutos, enquanto a cronémica na Croácia ($n = 11$) tende para valores iguais ou inferiores a 5 minutos (Quadro 134). Os dados obtidos nos questionários sugerem existir associação estatisticamente

significativa nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,565; p = 0,023) (Quadro 135).

Quadro 134 – Tabulação cruzada País *versus* Cronémica.

		Cronémica			
		<2 min	3-5 min	6-8 min	> 9 min
País	Portugal	0	3	6	6
	Croácia	2	9	3	1
Total		2	12	9	7

Quadro 135 - Distribuição estatística que relaciona a cronémica com o país.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,573	,020
Coefficiente de contingência	,497	,020
Nº de Casos Válidos	30	

7. Proxémica: distância entre MD e paciente no início da consulta

É possível observar que existe maior número de profissionais de saúde (n = 4) a utilizar uma proxémica íntima no início da consulta na Croácia do que em Portugal (n = 0). Apenas 2 médicos-dentistas recorreram à zona social em Portugal. Todavia, a maioria dos profissionais (n = 24) situa-se na zona pessoal no início da consulta (Quadro 136). Os dados obtidos nos questionários sugerem existir associação moderada nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,453; p = 0,046) (Quadro 137).

Quadro 136 – Tabulação cruzada País *versus* Proxémica no início da consulta.

		Proxémica: distância entre MD e paciente no início da consulta		
		Zona íntima: de 0 a 46 cm	Zona pessoal: de 46 cm a 1,2 m	Zona social: 1,2 m a 3m
País	Portugal	0	13	2
	Croácia	4	11	0
Total		4	24	2

Quadro 137 - Distribuição estatística que relaciona a proximidade no início da consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,453	,046
Coefficiente de contingência	,413	,046
Nº de Casos Válidos	30	

8. Proxémica: distância entre MD e paciente no durante da consulta

Os dados obtidos nos questionários permitem decidir que não existe associação estatisticamente significativa nesta escala, dado que todos os indivíduos permaneceram na proximidade na zona íntima em ambos os países (Quadro 138 e 139).

9. Proxémica: distância entre MD e paciente no final da consulta

A maioria dos médicos-dentistas em Portugal (n = 11) apresenta uma proximidade na zona pessoal no final da consulta, enquanto a maioria dos médicos-dentistas na Croácia (n = 10) apresenta uma proximidade na zona social no final da consulta

(Quadro 140). Os dados obtidos nos questionários sugerem existir associação estatisticamente significativa nesta escala e a variável país (V de Cramer = 0,401; $p = 0,028$) (Quadro 141).

Quadro 140 – Tabulação cruzada País *versus* Proxémica no final da consulta.

		Proxémica: distância entre MD e paciente no fim da consulta	
		Zona pessoal: 46 cm a 1,2 m	Zona social: 1,2 m a 3m
País	Portugal	11	4
	Croácia	5	10
Total		16	14

Quadro 141 - Distribuição estatística que relaciona a proximidade no final da consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,401	,028
Coefficiente de contingência	,372	,028
Nº de Casos Válidos	30	

10. Evolução dos resultados obtidos na Proxémica

De acordo com o teste Wilcoxon existem diferenças estatisticamente significativas entre a proximidade inicial e final por país. Desta forma, foi possível constatar que, no final da consulta, o médico-dentista em Portugal ($p = 0,414$) mantém-se na zona proximidade pessoal e na Croácia ($p = 0,001$), por algum motivo, a proximidade no final da consulta aumenta significativamente (Quadro 142).

Quadro 142 – Evolução dos resultados obtidos na Proxémica, através do teste de Wilcoxon.

Proxémica final – Proxémica inicial.	Portugal	Z	-,816 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,414
	Croácia	Z	-3,276 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,001
a. Teste de Postos Assinados por Wilcoxon			
b. Com base em postos negativos.			

11. Posição do olhar no início da consulta

A maioria dos médicos-dentistas em Portugal (n = 11) apresentam uma posição do olhar no mesmo nível que a criança no início da consulta, enquanto a maioria dos médicos-dentistas na Croácia (n = 9) apresentam uma posição do olhar superior à das crianças no início da consulta (Quadro 143). Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,336; p = 0,065) (Quadro 144).

12. Posição do olhar no final da consulta

A maioria dos médicos-dentistas (n = 24) utiliza um nível de olhar superior à das crianças, existindo ainda 1 casos na Croácia em que o olhar é inexistente. Apenas existiram 5 consultas que terminaram com o olhar no mesmo nível e foram realizadas somente em Portugal (Quadro 145).

Os dados obtidos nos questionários sugerem existir associação moderada nesta escala e a variável país (V de Cramer = 0,471, p = 0,036) (Quadro 146).

Quadro 145 – Tabulação cruzada País *versus* Posição do olhar no final da consulta.

		Posição do olhar no fim da consulta		
		Superior	No mesmo nível	Inexistente
País	Portugal	10	5	0
	Croácia	14	0	1
Total		24	5	1

Quadro 146 - Distribuição estatística que relaciona a posição do olhar no final da consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,471	,036
Coeficiente de contingência	,426	,036
Nº de Casos Válidos	30	

13. Evolução dos resultados obtidos na posição do olhar

De acordo com o teste Wilcoxon, existem diferenças significativas entre a posição do olhar no início e no fim das consultas por país, sendo que em Portugal ($p = 0,034$) procuraram manter um nível de olhar ao mesmo nível desde o início ao fim da consulta. Todavia, na Croácia ($p = 0,206$) utiliza-se o mesmo nível de olhar da criança, em alguns casos, no início da consulta e evolui para um nível de olhar superior no final da mesma, sugerindo um maior afastamento (Quadro 147).

Quadro 147 – Evolução dos resultados obtidos na posição do olhar, através do teste de Wilcoxon.

Posição do olhar final – Posição do olhar inicial.	Portugal	Z	-2,121 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,034
	Croácia	Z	-1,265 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,206
a. Teste de Postos Assinados por Wilcoxon.			
b. Com base em postos positivos.			

14. Quinésia inicial

No que se refere ao tipo de movimento utilizado pelo médico-dentista no início da consulta, os dados obtidos nos questionários permitem decidir que não existe associação estatisticamente significativa, dado que todos os indivíduos utilizaram movimentos curvos em ambos os países (Quadro 148 e 149).

No que se refere ao tipo de posição utilizada pelo médico-dentista no início da consulta, existem diferenças significativas entre as respostas dadas pelos participantes em função do país (V de Cramer = 0,467; $p = 0,011$) (Quadro 151), dado que a maioria dos médicos-dentistas em Portugal ($n = 11$) adota uma posição agachada, enquanto a maioria dos médicos-dentistas na Croácia ($n = 11$) adota uma posição de pé perante as crianças (Quadro 150).

Quadro 150 – Tabulação cruzada País *versus* Quinésia inicial – tipo de posição utilizada pelo médico-dentista.

		Quinésia inicial: posição do MD face ao paciente	
		De pé	Agachado
País	Portugal	4	11
	Croácia	11	4
Total		15	15

Quadro 151 – Distribuição estatística que relaciona o tipo de posição utilizada pelo médico-dentista no início da consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,467	,011
Coefficiente de contingência	,423	,011
Nº de Casos Válidos	30	

15. Quinésia final

No que se refere ao tipo de movimento utilizado pelo médico-dentista no final da consulta, observando que a maioria dos médicos-dentistas ($n = 28$) utilizou movimentos curvos, correspondentes à utilização de empatia, e apenas foram registados dois médicos-dentistas que utilizaram movimentos reto na Croácia, correspondentes à imposição de poder (Quadro 152). Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,267; $p = 0,143$) (Quadro 153).

No que se refere ao tipo de posição utilizada pelo médico-dentista no final da consulta, a maioria dos médicos-dentistas ($n = 23$) utilizou uma posição de pé, dez em Portugal e treze na Croácia, (Quadro 154). Foram registados em Portugal cinco médicos-dentistas utilizar a posição agachado e apenas dois na Croácia recorreram a esta posição, o que poderá evidenciar uma atitude de maior proximidade por parte dos médico-dentistas portugueses, embora as diferenças sejam estatisticamente ligeiras (V de Cramer = 0,236, $p = 0,195$) (Quadro 155).

16. Evolução dos resultados obtidos na Quinésia

De acordo com o teste Wilcoxon, existem diferenças estaticamente significativas em Portugal ($p = 0,014$) em relação à posição do médico-dentista no início e no fim da consulta, uma vez que a maioria inicia com uma posição agachada e terminam com uma posição de pé (Quadro 156).

Quadro 156 – Evolução dos resultados obtidos na quinésia, através do teste de Wilcoxon.

Posição final do MD face ao paciente - Posição inicial do MD face ao paciente.	Portugal	Z	-2,449 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,014
	Croácia	Z	-1,000 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,317
Movimentos finais do MD face ao paciente - Movimentos iniciais do MD face ao paciente.	Portugal	Z	,000 ^c
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	1,000
	Croácia	Z	-1,414 ^d
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,157
<p>a. Teste de Postos Assinados por Wilcoxon b. Com base em postos positivos. c. A soma de postos negativos é igual à soma de postos positivos. d. Com base em postos negativos.</p>			

17. Tópicos de conversa – parâmetro pessoal

Os dados obtidos nos questionários sugerem existir associação estatisticamente significativa nesta escala e a variável país (V de Cramer = 0,680; $p = 0,000$) (Quadro 157), observando que o tópico de conversa a cerca da vida pessoal é maioritariamente abordado em Portugal ($n = 11$), ao contrário do que ocorre na Croácia (Quadro 158).

Quadro 157 – Tabulação cruzada País *versus* Tópico de conversa – parâmetro vida pessoal.

		Tópicos de conversa: vida pessoal	
		Não	Sim
País	Portugal	4	11
	Croácia	14	1
Total		18	12

Quadro 158 – Distribuição estatística que relaciona o parâmetro “vida pessoal” abordado na conversa durante a consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,680	,000
Coeficiente de contingência	,563	,000
Nº de Casos Válidos	30	

18. Tópico de conversa – saúde oral

Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,236; $p = 0,195$) (Quadro 160), observando que, usualmente, a saúde oral não é utilizada como tópico de conversa ($n = 23$), sendo que apenas sete médicos-dentistas não utilizaram este tópico, dois em Portugal e cinco na Croácia. (Quadro 159).

19. Tópico de conversa – médico-dentista

Não é possível a existência de associação estatística nesta escala (Quadro 161), dado que o médico-dentista não foi utilizado como tópico de conversa (Quadro 162).

20. Tópico de conversa – procedimentos dentários

Na maioria das consultas realizadas, os procedimentos dentários não foram utilizados como tópico de conversa ($n = 19$), sendo abordados essencialmente nas consultas que foram realizadas na Croácia ($n = 9$), sendo que em Portugal apenas dois médicos-dentistas abordaram este tópico (Quadro 163). Os dados obtidos nos questionários sugerem existir associação estatisticamente significativa nesta escala e a variável país (V de Cramer = 0,484; $p = 0,008$) (Quadro 164).

Quadro 163 – Tabulação cruzada País *versus* Tópico de conversa – ‘procedimentos dentários’.

		Tópicos de conversa: procedimentos dentários	
		Não	Sim
País	Portugal	13	2
	Croácia	6	9
Total		19	11

Quadro 164 – Distribuição estatística que relaciona o parâmetro ‘procedimentos dentários’ abordado na conversa durante a consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,484	,008
Coeficiente de contingência	,436	,008
Nº de Casos Válidos	30	

21. Paciente como responsável pela introdução da conversa

Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,333; p = 0,068) (Quadro 166), observando a criança não é majoritariamente a responsável pela introdução da conversa (n = 27), à exceção de três casos em Portugal (Quadro 165).

22. Responsável da criança como responsável pela introdução da conversa

Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,167; p = 0,361) (Quadro 168), observando que o adulto responsável da criança não é majoritariamente o responsável pela introdução da conversa (n = 24), à exceção de dois casos em Portugal e quatro na Croácia (Quadro 167).

23. Assistente dentária como responsável pela introdução da conversa

Foi observado que a assistente dentária não é majoritariamente a responsável pela introdução da conversa (n = 23) (Quadro 169). Foram observadas seis situações em que a assistente dentária foi responsável pela introdução pela conversa em Portugal e apenas um na Croácia, os dados obtidos nos questionários sugerem existir associação estatisticamente significativa nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,394; p = 0,031) (Quadro 170).

Quadro 169 – Tabulação cruzada País versus Assistente dentária com responsável pela introdução da conversa.

		Responsável pela introdução da conversa: assistente dentária	
		Não	Sim
País	Portugal	9	6
	Croácia	14	1
Total		23	7

Quadro 170 – Distribuição estatística que relaciona a assistente dentária como responsável pela introdução da conversa com o país.

	Valor	Significância (p value)
V de Cramer	,394	,031
Coefficiente de contingência	,367	,031
Nº de Casos Válidos	30	

24. Médico-dentista como responsável pela introdução da conversa

Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,186; $p = 0,309$) (Quadro 172), observando o médico-dentista é, fundamentalmente, o responsável pela introdução da conversa ($n = 29$), independentemente do país em questão, à exceção de um caso em Portugal em que não se verificou (Quadro 171).

25. Explicação do procedimento

Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,111; $p = 0,543$) (Quadro 174), observando a explicação do procedimento é maioritariamente efetuada

durante a consulta (n = 27), independentemente do país em questão, à exceção de um caso em Portugal e dois na Croácia (Quadro 173).

26. Utilização de meios de distração

Os dados obtidos nos questionários sugerem que não existe associação nesta escala em relação à variável país (V de Cramer = 0,474; p = 0,081) (Quadro 176), observando que a maioria das consultas não recorreram à utilização de meios de distração (n = 22). No entanto, ao contrário do que foi observado na Croácia (apenas 2 consultas recorreram a meios de distração), a maioria das consultas que utilizaram meios de distração (n = 6) (desenhos animados e brinquedos) foram realizadas em Portugal (Quadro 175).

DISCUSSÃO

É necessário ter em conta que pode existir um viés associado à variável idade, visto que esta não se apresenta homogeneamente distribuída pelos grupos, sendo que 73,3% dos inquiridos pertencem ao grupo das crianças e apenas 26,6% pertencem ao grupo dos pré-adolescentes (Quadro 2), existindo mais jovens na amostra constituída em Portugal ($M = 6,87$; $DP = 1,767$) do que na Croácia ($M = 8,53$; $DP = 2,503$).

No Teste de Medo da Criança apenas dois dos parâmetros propostos apresentaram diferenças estaticamente significativas entre os países:

- Parâmetro 'Consultório clínico': existe um maior número de crianças que apresenta medo do Consultório clínico na Croácia do que em Portugal (Quadros 25 e 26), significando que este ambiente pode não estar adaptado à visão que a criança apresenta do consultório, principalmente na Croácia.
- Parâmetro 'Ver o motor de turbina': existe um maior número de crianças que apresenta "Pouco medo" de ver o motor de turbina na Croácia do que em Portugal (Quadros 31 e 32), significando que este é um instrumento que poder ser considerado como fator desencadeador de ansiedade, principalmente na Croácia.

Foi ainda possível constatar que os parâmetros 'injeção' (Quadros 15 e 16) e 'necessidade de ir ao hospital' (Quadros 55 e 56) foram considerados como fatores desencadeadores de ansiedade nas crianças, independentemente do país em questão. Foram também obtidas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis género no parâmetro 'necessidade de ir ao hospital', revelando um maior número de inquiridos do género feminino a apresentar medo da ocorrência deste parâmetro (Quadros 59 e 60).

Perante a Escala Comportamental de Frankl não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas, dado que a maioria dos pacientes apresentaram um comportamento positivo e confortáveis, independentemente do país em questão (Quadros 73 e 74).

De acordo com os dados obtidos com a Escala Visual Analógica também não houve diferenças estatisticamente significativas, dado que a maioria dos pacientes não descreveram nenhum nível de dor, independentemente do país

em questão (Quadro 79 e 80). É descrito por Montagna²², em concordância com Tsao⁸¹ e Mustafa¹⁰³, que “a ansiedade dentária é responsável pelas respostas exacerbadas a estímulos físicos, devido à diminuição do limiar de dor, ou seja, influencia a intensidade dolorosa experienciada pela criança, originando comportamentos reprováveis durante as consultas” ^{22 (p. 72)}, no entanto, neste estudo não é possível determinar essa associação.

Perante a Escala SOM, não foram associadas diferenças estatisticamente significativas, revelando que a maioria dos inquiridos não demonstraram comportamentos evidenciadores de ansiedade durante a consulta clínica. Apenas foram obtidas diferenças estatisticamente significativas quando se relacionou a variável género, revelando uma maior predominância no género feminino para demonstrar esses comportamentos do tipo ocular. Tal como foi referido anteriormente, existem outros estudos ^{22, 71, 72, 73, 74, 75} que também indicam que o género feminino se encontra mais suscetível a revelar comportamentos indicativos de ansiedade.

De acordo com os dados obtidos na Escala de Ansiedade da Face não houve diferenças estatisticamente significativas entre os países, concluindo que os pacientes inicialmente tendem a apontar a terceira imagem correspondente à ansiedade leve (Quadro 103), e no final da consulta tendem a apontar a primeira imagem correspondente a ausência de ansiedade (Quadro 109).

Já a evolução dos resultados obtidos na Escala de Ansiedade da Face inicial e final (Quadro 115) permite concluir que em Portugal os pacientes não apresentam ansiedade no início da consulta (n = 6; Quadro 103) e mantêm-se nesse nível após a consulta, havendo 12 casos sem ansiedade no final das consultas (Quadro 109). Na Croácia, a maioria dos pacientes apontam a terceira imagem correspondente ao nível de ansiedade leve, mas após a consulta diminuem o nível de ansiedade, havendo 9 casos sem ansiedade no final das consultas (Quadro 109). Esta situação pode ser explicada pelo modo como é iniciada a consulta na Croácia desde o momento que o médico-dentista encontra a criança. Ao contrário do que se observa em Portugal, na Croácia os assistentes dentários dirigem-se à porta da sala de espera e chamam as crianças pelo nome, ignorando o ritual de atendimento. Deste modo as crianças dirigem-se ao consultório e só existe contacto entre o médico-dentista e a criança quando esta

chega perto da cadeira de dentista. Foi igualmente observado que os médicos-dentistas não realizam o seguimento do respetivos pacientes, dando a sensação à criança de nunca saber qual será o profissional de saúde que a irá atender, o que poderá ser considerado uma situação de desconforto.

Relativamente à grelha de observação, 83,(3)% de todas as consultas de Odontopediatria realizadas na Croácia e em Portugal foi do tipo invasivo (Quadro 116), não existindo diferenças estatisticamente significativas neste estudo, o que significa que a amostra se encontra bem distribuída em função deste parâmetro.

É possível com constatar que 56,(6)% das consultas totais foram realizadas na presença do adulto responsável, no entanto, neste estudo, não foi estudado se a influência destes foi positiva ou negativa para o controlo de ansiedade das respetivas crianças. Apesar de as diferenças estatísticas serem de um nível leve, a maioria das consultas realizadas na presença do adulto responsável foram executadas em Portugal (Quadro 122). Foi possível constatar que a variável idade se encontra associada, havendo maior presença dos responsáveis quando os pacientes pertencem ao grupo das crianças (Quadros 124 e 125).

De acordo com os estudos de Tellez⁷⁷, Majstorovic⁷¹ e Karibe⁷⁶, a ansiedade parental influencia diretamente a ansiedade das respetivas crianças.

Laki²⁴ refere que, apesar de existir alguma discordância relativamente a este assunto, “[d]entists often let parents stay in the office during the consultation but prefer them to be in the waiting room during treatment. Depending on the case, parental presence may be needed, essential, or advised against.” ²⁴ (p. 1617)

Os dados obtidos nos questionários revelam que o médico-dentista em Portugal utiliza uma estrutura de delicadeza mais pessoal (Quadro 128) e a cronémica tende para valores iguais ou superiores a 6 minutos ao contrário do que ocorre na Croácia (Quadro 134), revelando diferenças estatisticamente significativas. Estes dados indicam que os médicos-dentistas em Portugal dão mais importância à comunicação, recorrendo menos a marcadores de poder e utilizando uma linguagem pediátrica, o que permite que as crianças se acomodem e transmitam a informação necessária tanto sobre os sintomas, como acerca das suas preocupações e emoções.

Os dados obtidos nos questionários sugerem existir associação estatisticamente significativa perante a proxémica inicial, observando que existe maior número de profissionais de saúde a utilizar uma proxémica íntima no início da consulta na Croácia do que em Portugal. Apenas 2 médicos-dentistas recorreram à zona social em Portugal. Todavia, a maioria dos profissionais situa-se na zona pessoal no início da consulta (Quadros 136 e 137). Relativamente à proxémica final, também foram obtidas diferenças estatisticamente significativas, dado que a maioria dos médicos-dentistas em Portugal apresenta uma proxémica na zona pessoal no final da consulta, enquanto a maioria dos médicos-dentistas na Croácia apresenta uma proxémica na zona social no final da consulta (Quadros 140 e 141).

Já a evolução dos resultados obtidos na proxémica inicial e final permite concluir que no final da consulta em Portugal mantém a zona proxémica pessoal e na Croácia sucede o oposto, por algum motivo, a proximidade na Croácia no final da consulta aumenta significativamente (Quadro 142).

Relativamente à posição do olhar final do médico-dentista face à criança, foram obtidas diferenças estatisticamente significativas. Na Croácia foi observado que o profissional de saúde apresenta maioritariamente uma posição superior do olhar (Quadro 145), impondo a sua posição de poder. Pelo contrário, em Portugal os médicos-dentistas tentam manter no mesmo nível do olhar com a criança (Quadro 145), de forma a estabelecer empatia com a criança. Desta forma, é possível concluir que o atendimento infantil em Portugal é mais agradável.

Já a evolução dos resultados obtidos na posição do olhar inicial e final permite concluir que em Portugal procuraram manter um nível de olhar ao mesmo nível desde o início ao fim da consulta. Todavia, na Croácia utiliza-se o mesmo nível de olhar da criança, em alguns casos, no início da consulta e evolui para um nível de olhar superior no final da mesma, sugerindo um maior afastamento (Quadro 147).

Relativamente à quinésia inicial, na Croácia foi observado que o profissional de saúde apresenta maioritariamente uma posição de pé, impondo a sua posição de poder, ao contrário do que ocorre em Portugal, onde os médicos-dentistas

tendem a adotar uma posição agachada, evitando marcadores de poder (Quadro 151).

A evolução dos resultados obtidos na quinésia inicial e final permite concluir que em Portugal, em relação à posição do médico-dentista no início e no fim da consulta, a maioria inicia com uma posição agachada e terminam com uma posição de pé (Quadro 156).

Em Portugal os tópicos de conversa entre médico-dentista e a criança centraliza-se mais na vida pessoal, havendo diferenças estatisticamente significativas (Quadros 157 e 158). No entanto, o tópico de conversa na Croácia dirige-se mais especificamente para os procedimentos dentários que irão ser executados (Quadros 163 e 164).

Relativamente ao responsável pela introdução desses tópicos de conversa, é possível concluir que maioritariamente é o médico-dentista que inicia a conversa, independentemente do país em questão (Quadro 171). Também a assistente dentária pode ser responsável pela introdução de determinados tópicos de conversa em Portugal, havendo diferenças estatisticamente significativas entre os países (Quadros 169 e 170).

Foi igualmente observado que em Portugal os médicos-dentistas utilizam mais frequentemente distrações, tal como vídeos e brinquedos, para distrair a criança durante a execução dos procedimentos e/ou utilizados para explicar como irá ser realizado o tratamento e a importância da higienização oral. Perante esta técnica não-farmacológica para controlar a ansiedade da criança, foram obtidos resultados estatisticamente significativos, dado que os médicos-dentistas na Croácia raramente utilizam este recurso (Quadros 175 e 176).

Para além deste método de controlo comportamental comunicativo, ambos os países utilizaram a técnica de reforço positivo no final da consulta como método para obter uma melhor conduta comportamental por parte da criança.

CONCLUSÃO

Tal como foi estudado, existem vários fatores que podem provocar ansiedade na criança perante as consultas de Odontopediatria, desde o desconhecido, até à idade, ao género, às experiências anteriores, ao ambiente clínico, aos instrumentos, à dor experienciada, à abordagem do profissional no primeiro contato com a criança, à presença do responsável, entre outros.

Com o intuito de gerar a melhor experiência e aplicar o melhor tratamento possível, existem várias técnicas de controlo comportamental, comunicativas e farmacológicas. Será sempre considerada como melhor opção a utilização das técnicas comunicativas e foram estas técnicas que foram observadas nas consultas realizadas para este estudo.

Comunicar assertivamente é ser competente nas várias estratégias de comunicação para expressar os seus pensamentos e sentimentos, protegendo, em simultâneo, os seus direitos e os dos outros; é ter atitude positiva acerca da comunicação directa e franca; sentir-se confortável e controlar a ansiedade, tensão, timidez ou medo; sentir-se seguro relativamente a seguir uma conduta respeitando-se a si e aos outros e respeitar os seus direitos e os dos outros. ⁴⁸

(P. 30)

1.1. NÍVEL DE ANSIEDADE DOS PACIENTES ODONTOPEDIÁTRICOS

As crianças que efetuaram as consultas dentárias observadas na Croácia demonstraram um nível superior de ansiedade, revelando diferenças estatisticamente significativas quando comparadas com as crianças que realizaram as respetivas consultas dentárias em Portugal. Estes valores foram obtidos através da análise do Teste de Medo da Criança e da Escala de Ansiedade da Face, o que sugere que os fatores comunicativos culturais podem ser associados à ansiedade dentária. Foi concluído que as crianças na Croácia apresentam maiores níveis de ansiedade ao ver o motor de turbina e face ao consultório clínico, o que pode significar que este não se encontra devidamente preparado para a receber. O ideal é o consultório apresentar a cadeira do paciente ao nível da criança e a existência de fatores de distração que tornem o ambiente mais agradável, como jogos ou brinquedos, e desviem a atenção de

elementos que possam ser considerados desencadeadores de ansiedade, como o motor de turbina.

Foi igualmente possível constatar que situações ou procedimentos que envolvam a necessidade de utilizar uma injeção ou da necessidade de ir ao hospital são considerados fatores desencadeadores de ansiedade nos pacientes, independentemente do país em questão.

A evolução dos resultados obtidos na Escala de Ansiedade da Face inicial e final permite concluir que a ansiedade dos pacientes odontopediátricos na Croácia é mais elevada e frequente comparativamente com Portugal, provavelmente devido à forma como é iniciada a consulta na Croácia, desde o momento que o médico-dentista encontra a criança.

Ao contrário do que se observa em Portugal, na Croácia os assistentes dentários dirigem-se à porta da sala de espera e chamam as crianças pelo nome, ignorando o ritual de acolhimento. Deste modo, as crianças dirigem-se ao consultório e só existe contacto entre o médico-dentista e a criança quando esta chega perto da cadeira de dentista. Foi igualmente observado que os médicos-dentistas não realizam o seguimento dos respetivos pacientes, dando a sensação à criança de nunca saber qual será o profissional de saúde que a irá atender, o que poderá ser considerada uma situação de desconforto. Este fato revela que os médicos-dentistas formados em Portugal apresentam mais competências comunicacionais e respeitam o ritual de acolhimento, entendendo a sua importância para a prevenção da ansiedade, o diagnóstico do seu nível e respetivo controlo.

1.2. RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Relativamente ao tipo de intervenção (invasivo ou não-invasivo), apesar de se terem efetuado tratamentos invasivos em 83,(3)% das consultas observadas no total, não foram utilizadas técnicas farmacológicas de controlo comportamental, para além da anestesia local dentária.

Já relativamente à presença do responsável, foram registadas 56,(6)% das consultas totais na presença do adulto responsável e, apesar de não ter sido

estudada a influência da presença deste, sabe-se que este pode ser considerado um valor desencadeador de ansiedade nos pacientes e alterar a forma do seu comportamento dentro do consultório clínico. ^{24, 71, 76, 77}

Perante a análise efetuada acerca da proxémica, da posição do olhar e da quinésica, é possível concluir que os médicos-dentistas na Croácia utilizam mais frequentemente marcadores de poder face aos pacientes odontopediátricos, comparativamente com Portugal, o que pode influenciar o nível de ansiedade experienciado pelos primeiros.

Foi possível observar que os médicos-dentistas em Portugal tentam manter uma relação mais empática com a criança e estabelecer um ambiente mais acolhedor à vista desta, com o intuito de diminuir a ansiedade que a criança possa sentir. Ao contrário do que ocorre na Croácia, os médicos-dentistas em Portugal dispensam mais tempo para a conversa com a criança e utilizam mais métodos e recursos de controlo comportamental comunicativos, como a técnica dizer-mostrar-fazer e a utilização de distrações, para que a criança experiencie um melhor ambiente, entenda a importância da higienização oral e aceite com maior facilidade os procedimentos e/ou tratamentos que necessitam de ser realizados.

Entendendo a importância da relação médico-paciente na consulta de odontopediatria, tendo em consideração que esta relação é baseada na eficácia da comunicação interpessoal e irá influenciar a conduta comportamental do paciente odontopediátrico face à saúde oral para a sua rotina diária e futura, é possível concluir que em Portugal os médicos-dentistas se encontram a ser formados com melhor aptidão comunicacional e empática, comparativamente com a Croácia.

Após uma reflexão acerca das questões de investigação, é possível concluir que:

1. Os pacientes odontopediátricos apresentam níveis superiores de ansiedade na Croácia comparativamente com Portugal, o que sugere que os fatores comunicativos culturais podem influenciar o nível de ansiedade experienciado. Todavia existem fatores que podem desencadear ansiedade independentemente do país em questão, tais como a injeção e a necessidade de se terem de dirigir ao Hospital.

2. De acordo com estudos anteriores, a dor pode influenciar a conduta comportamental da criança; no entanto, no presente estudo não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas.
3. Os médicos-dentistas em Portugal dispensam mais tempo para a comunicação entre médico-paciente, comparativamente com o que ocorre na Croácia. Este facto parece influenciar positivamente a conduta comportamental da criança e cria maior empatia na relação estabelecida.
4. Foi mais frequentemente utilizada a técnica comunicativa de controlo comportamental, especialmente em Portugal, de forma a promover um bom comportamento por parte da criança durante a consulta.
5. Não foram utilizados métodos de controlo comportamental farmacológicos para além da anestesia local no caso de tratamentos invasivos.
6. Apesar de terem sido utilizadas as técnicas comunicativas de controlo comportamental em ambos os países estudados, os médicos-dentistas em Portugal utilizaram maior diversidade, recorrendo à linguagem pediátrica, à técnica *'tell-show-do'*, à utilização de distrações e ao reforço positivo. Na Croácia apenas recorreram ao reforço positivo no final das consultas.
7. Foi, assim, provado que existem diferenças interculturais entre Portugal e Croácia. Estas não devem ser ignoradas, consistindo uma particular importância nas consultas de Odontopediatria, tendo em consideração que são estas consultas que irão implementar a maior parte dos hábitos de higiene oral adotados pela criança.

SUGESTÕES PARA ESTUDOS FUTUROS

Em estudos futuros, deveria ser estudada a influência parental e a influência do género do médico-dentista para a ansiedade experienciada pelos pacientes odontopediátricos .

Pode ser sugerida também a elaboração de um estudo que correlacione a evolução do estado de saúde oral num paciente odontopediátrico com a relação médico-paciente e o nível de ansiedade do mesmo.

Tendo em consideração os inúmeros fatores que podem estar associados à ansiedade dentária em consultas de Odontopediatria, deveria avaliar-se em estudos futuros, os processos de formação dos profissionais, para que estes se tornem aptos para lidar com qualquer situação que venha a ocorrer no consultório.

Em modo de conclusão são sugeridos, em sintonia com Blitz³⁶,

the education and training of medical professionals in all aspects of childhood development and differences; training enhance practitioners' knowledge base in these areas; development of multidisciplinary programs for health care professionals, which allow for a focus on pediatric mental health; and training support for professionals to keep abreast of new developments in the field of children's mental health.^{36 (P.1)}

BIBLIOGRAFIA

1. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes. Mental Research Institute, Palo Alto, California; New York, London: W. W. Norton & Company; 1967.
2. Welly A, Lang H, Welly D, Kropp P. Impact of dental atmosphere and behaviour of the dentist on children's cooperation. *Appl Psychophysiol Biofeedback*. 2012 Sep; 37(3): 195-204.
3. Melo RB, Lima FC, Moura GM, Silva PGB, Gondim JO, Moreira-Neto JJS. Avaliação da relação entre procedimentos odontológicos e comportamento infantil; Evaluation of the dental procedures and child behavior. *Rev Odontol Bras Central*. 2015; 24(68): 20-25.
4. Morais SM. Diversidades (inter) culturais na prática clínica. Estudo comparativo da relação médico paciente em Portugal e França na consulta privada de Medicina Dentária. (Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária). Centro Regional das Beiras: Universidade Católica Portuguesa – Departamento de Ciências da Saúde. Portugal, 2013.
5. Filho EJS. A interação médico-cliente. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 1998; 44(1): 35-42.
6. Bare LC, Dundes L. Strategies for combating dental anxiety. *Journal of dental education*. 2004 Nov; 68(11): 1172-7.
7. West R, Turner L. *Understanding Interpersonal Communication: Making Choices in Changing Times* (enhanced 2nd edition). Boston: Wadsworth; 2011.
8. “Let Me See If I Have This Right...”: Words That Help Build Empathy. *Annals of Internal Medicine: Medical Writings - Words that matter*. 7 August, 2001; 135(3): 221-7.
9. Mercer SW, Reynolds WJ. Thinking about quality: Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*. October, 2002; 52: S9-S13.
10. Kaplowitz SSKS, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & The Health Professions*. September 2004; 27(3): 237-251.
11. Howell SJ. Empathy & Its Role in Quality Care: Review article. *Osteopathic Family Physician*. July/August, 2016; 8(4): 20-3.

12. Nunes JMM. Comunicação em contexto clínico. Lisboa ed; 2010.
13. Santos MJ, Bernabé DG, Nakamune AC, Perri SH, de Aguiar SM, de Oliveira SH. Salivary alpha amylase and cortisol levels in children with global developmental delay and their relation with the expectation of dental care and behavior during the intervention. *Res Dev Disabil.* 2012 Mar-Apr; 33(2): 499-505.
14. Briga SCP. A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto – Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar, Porto, Portugal; 2010.
15. Teixeira JAC. Comunicação em contexto clínico: opinião e debate. *Rev Port Clin Geral.* 2007; 23: 151-4.
16. Porritt J, Marshman Z, Rodd HD. Understanding children's dental anxiety and psychological approaches to its reduction. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2012; 22: 397–405.
17. Diercke K, Ollinger I, Bermejo JL, Stucke K, Lux CJ, Brunner M. Dental fear in children and adolescents: a comparison of forms of anxiety management practised by general and paediatric dentists. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2012; 22: 60–67.
18. Ramos-Jorge J, Marques LS, Homem MA, Paiva SM, Ferreira MC, Oliveira Ferreira F, Ramos-Jorge ML. Degree of dental anxiety in children with and without toothache: prospective assessment. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2013; 23: 125–130.
19. Lara A, Crego A, Romero-Maroto M. Emotional contagion of dental fear to children: the fathers' mediating role in parental transfer of fear. *Int J Paediatr Dent.* 2012 Sep; 22(5): 324-30.
20. Xia B, Wang CL, Ge LH. Factors associated with dental behaviour management problems in children aged 2–8 years in Beijing, China. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2011; 21: 200–209.
21. Lopes D, Arrrup K, Robertson A, Lundgren J. Validating the dental subscale of the children's fear survey schedule using Rasch analysis. *Eur J Oral Sci.* 2013 Jun; 121(3 Pt 2): 277-82.
22. Montagna D. Ansiedade dentária em crianças – A importância da sua gestão na consulta de Odontopediatria. (Dissertação apresentada à

- Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária). Centro Regional das Beiras: Universidade Católica Portuguesa – Departamento de Ciências da Saúde. Portugal, 2013 - 2014.
23. Masaru Kudo. Initial Injection Pressure for Dental Local Anesthesia: Effects on Pain and Anxiety - SCIENTIFIC REPORT. *Anesth Prog.* 2005; 52: 95–101.
 24. Laki K, Beslot-Neveu A, Wolikow M, Davit-Béal T. [Child dental care: what's about parental presence?]. *Arch Pediatr.* 2010 Nov; 17(11): 1617-24.
 25. Themessl-Huber M, Freeman R, Humphris G, MacGillivray S, Terzi N. Empirical evidence of the relationship between parental and child dental fear: a structured review and meta-analysis. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2010; 20: 83–101.
 26. Kim JS, Boynton JR, Inglehart MR. Parents' presence in the operatory during their child's dental visit: a person-environmental fit analysis of parents' responses. *Pediatr Dent.* 2012 Sep-Oct; 34(5): 407-13.
 27. Bentoski JR, Boynton JR. (2011). Guiding the behavior of children in the dental setting. Opportunities for success. *J Mich Dent Assoc.* 2011 Jan; 93(1): 36-40.
 28. Stein LI, Lane CJ, Williams ME, Dawson ME, Polido JC, Cermak SA. “Physiological and Behavioral Stress and Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorders during Routine Oral Care,” *BioMed Research International.* 2014; (2014): 10 p. Article ID 694876.
 29. USA. Department of health and human services. Guide to children’s dental care in medicaid. October, 2004.
 30. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on behavior guidance for pediatric dental patient. *Pediatr Dent.* 2005-2006; 27(7): 92-100.
 31. American Academy Pediatric Dentistry. Guideline for monitoring and management of pediatric patients during and after sedation for diagnostic and therapeutic Procedures. *Pediatric Dent.* 2011; 33(special issue): 185-201.
 32. Nuvvula S, Kamatham R, Challa R, Asokan S. Reframing in dentistry: Revisited. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2013; 31: 165-8.

33. Oueis HS, Ralstrom E, Miriyala V, Molinari GE, Casamassimo P. Alternatives for hand over mouth exercise after its elimination from the clinical guidelines of the American Academy of Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent*. 2010 May-Jun; 32(3): 223-8.
34. Zhou Y, Forbes GM, Humphris GM. The behaviour of preschool children receiving fluoride varnish application in a community setting. *Br Dent J*. 2013 Oct; 215(7): E11.
35. Abreu DMM, Leal SC, Mulder J, Frencken JE. Patterns of dental anxiety in children after sequential dental visits. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2011 Dec; 12(6): 298-302.
36. Blitz M, Britton KC. Management of the uncooperative child. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2010 Nov; 22(4): 461-9.
37. Coutinho C. Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática. Coimbra: Almedina; 2011.
38. Tuckman BW. Manual de investigação em educação. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1994.
39. Maroco J. Análise estatística: Com utilização do SPSS. Lisboa: Edições Sílabo; 2003.
40. 2004. Dicionário Lello Prático Ilustrado.
41. Shannon, Weaver. *The Mathematical Theory of Communication*. Urbana, IL, University of Illinois Press. 1949.
42. Jakobson, R. Linguistics and poetics. In T. A. Sebeok, (Ed.), *Style in language*. New York, NY: Wiley; 1960: 350-377.
43. Structural-Functional Semiotics: A map of Jakobson's Semiotic Approach to Poetic Language and some extensions beyond. Diagram courtesy of Professor Don Keefer, Rhode Island School of Design.
44. Schefflen AE. Human communication: Behavioral programs and their integration in interaction. *Syst. Res*. 1968; 13: 44-55.
45. Schefflen AE. *Body Language and the Social Order; Communication as Behavioral Control*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N. J.; 1972.
46. Birdwhistell RL. *Kinesics and Context: Essays on Body Motion Communication*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia; 1970.
47. Tente SDR. A gestão dos espaços na consulta de Medicina Dentária na clínica universitária. (Dissertação apresentada à Universidade Católica

- Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária). Centro Regional das Beiras: Universidade Católica Portuguesa – Departamento de Ciências da Saúde. Portugal, Setembro de 2012.
48. Hall ET. *The hidden dimension*. Garden City, N.Y.: Doubleday; 1966. (trad. Portuguesa, 1986, *A dimensão oculta*. Lisboa: Relógio d'Água Editores).
49. Kendon A. *Nonverbal communication, interaction, and gesture*. Philadelphia, PA. (Edited by McNeill, D. *Language and Gesture*. University of Chicago); 1975.
50. Kendon A. *Gesture*. 43 West Walnut Lane, Philadelphia, Pennsylvania 19144: *Annu.Rev.Anthropol.* 1997; 26: 109–28.
51. Capucho MF. *Communication verbale et non-verbale*. In Maigret E. *Communication et Médias*. Paris: Les notices – La documentation Française; 2003. French.
52. Tavares RR. *A negociação da imagem na pragmática: por uma visão sociointeracionista da linguagem*. Edufal – Editora da Universidade Federada de Alagoas, Alagoas, Brasil; 2007.
53. Fernandes, G. (nd). *O princípio da cortesia em Português europeu*.
54. Ferreira H. *A polidez linguística nos textos dos contratos de planos de saúde: uma estratégia de manipulação do enunciatário*. *Palimpsesto*. 2009; 8(9).
55. Monteiro JMA. *Adequação do discurso na consulta de Medicina Dentária*. (Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária). Centro Regional das Beiras: Universidade Católica Portuguesa – Departamento de Ciências da Saúde. Portugal, Setembro de 2012.
56. Fairclough N. *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press; 1992.
57. Capucho MF. *Texto de apoio nº 3: La dimension discursive du Pouvoir*. 2000: 180-183.
58. Ramos AP, Bortagarai FM. *A Comunicação Não-Verbal na área da saúde*. - *Non-verbal communication in the health área*. *Rev. CEFAC*, São Paulo; 2011.

59. Hickson III, Stacks DW, Moore L. Nonverbal Communication: Studies and applications. 5th edition. Los Angeles: Roxbury Publishing Company; 2004.
60. Ekman P, Friensen WV, Bear J. The international language of gestures. *Psychology Today*. 1984; 18: 64-9.
61. Tubbs SL, Moss S. Human communication. McGraw – Hill Higher Education – 8th edition; 2000.
62. Government US. Healthy People 2010: Understanding and Improving Health; November 2000.
63. Teixeira JAC. Comunicação em Saúde – Relação técnicos de Saúde – Utentes. *Análise psicológica*. 2004; 22(3): 615-20.
64. Pio Abreu JL. Comunicação e Medicina. Coimbra: Virtualidade. Ed. 1998.
65. Cowpe J. Profile and Competences for the Graduating European Dentist. Association for Dental Education in Europe; 2009.
66. Frankler RM. Doctors need to work on communication. United Press International, Inc: Health News; 08, March 2011.
67. Rios IC. Humanização: a Essência da Ação Técnica e Ética nas Práticas de Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2009; 33(2): 253-61.
68. Ferreira JMS, Aragão AKR, Colares V. Técnicas de Controle do Comportamento do Paciente Infantil: Revisão de Literatura. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr, João Pessoa*. Maio/Ago. 2009; 9(2): 247-251.
69. Brás PMF. Um olhar sobre a parentalidade (estilos parentais e aliança parental) à luz das transformações sociais actuais. (Dissertação apresentada à Universidade de Lisboa para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. Portugal, 2008.
70. Weber LND, Prado PL, Viezzer AP, Bradenburg OJ. Identificação de Estilos Parentais: O Ponto de Vista dos Pais e dos Filhos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2004; 17(3): 323-331.
71. Majstorovic M, Morse DE, Do D, Lim LI, Herman NG, Moursi AM. Indicators of dental anxiety in children just prior to treatment. *J Clin Pediatr Dent*. 2014 Fall; 39(1): 12-7.
72. Melamed B, Bennet C, Jerrell G, Ross S, Bush J, Hill C, et al. Dentists behavior management as it effects compliance and fear in pediatric

- patients. *Journal of the American Dental Association* (1939). 1983; 106(3): 324-30.
73. Taylor MH, Peterson DS. Effect of length and number of appointments on children's behavior in a dental setting. *ASDC journal of dentistry for children*. 1983; 50(5): 353-7.
74. Borges AI, Manso DS, Tomé G, Matos MGd. Ansiedade e coping em crianças e adolescentes: Diferenças relacionadas com a idade e género. *Análise Psicológica*. 2008; 26(4): 551-61.
75. Al-Far M, Al-Saddi R, Rassas E. The relationship between Dental Anxiety and Reported Dental Treatment Experience in Children Aged 11 to 14 years. *Journal of the Royal Medical Services*. 2012; 19 (2): 44-50.
76. Karibe H, Aoyagi-Naka K, Koda A. Maternal anxiety and child fear during dental procedures: a preliminary study. *J Dent Child (Chic)*. 2014 May-Aug; 81(2): 72-7.
77. Tellez M, Kaur S. Caregivers' satisfaction with pediatric dental care in a university clinical setting in North Philadelphia. *J Dent Educ*. 2013 Nov; 77(11): 1515-20.
78. Krikken JB, van Wijk AJ, ten Cate JM, Veerkamp JS. Measuring dental fear using the CFSS-DS. Do children and parents agree? *Int J Paediatr Dent*. 2013 Mar; 23(2): 94-100.
79. Uehara N, Takagi Y, Miwa Z, Sugimoto K. Objective assessment of internal stress in children during dental treatment by analysis of autonomic nervous activity. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2012; 22: 331-341.
80. Bradenburg OJ, Haydu VB. Contribuições da Análise do Comportamento em Odontopediatria. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2009; 29(3): 462-475.
81. Tsao JC, Lu Q, Myers CD, Kim SC, Turk N, Zeltzer LK. Parent and Child Anxiety Sensivity: Relationship to Children's Experimental Pain Responsivity. *J. Pain*. 2006; 7(5): 319-26.
82. Shavlokhova EA, Ostreikov LF, Korolenkova MV, Mustafina FN. [Determination of the state of microcirculation by means of computer capillaroscopy in children sedated with retention of consciousness in outpatient pediatric dental treatment]. *Anesteziol Reanimatol*. 2015 May-Jun; 60(3): 23-6.

83. Jones R. Weak evidence that oral midazolam is an effective sedative agent for children undergoing dental treatment. *Evid Based Dent.* 2012; 13(3): 76-7.
84. Lourenço-Matharu L, Ashley PF, Furness S. Sedation of children undergoing dental treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012; 3. Art. No.: CD003877.
85. Tsugayasu R, Handa T, Kaneko Y, Ichinohe T. Midazolam more effectively suppresses sympathetic activations and reduces stress feelings during mental arithmetic task than propofol. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010 Mar; 68(3): 590-6.
86. American Academy Pediatric Dentistry. Guideline on use of anesthesia personnel in the administration of office-based deep sedation/general anesthesia to the pediatric dental patient. *Pediatr Dent.* 2012; 35 (6): 222-5.
87. Portugal. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: DGS, Abril de 2014.
88. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n.º 12889/2015. *Diário da República, 2.ª série — N.º 223 — 13 de Novembro de 2015; 32904.*
89. Portugal. Ministério da Saúde. Circular Normativa nº8, de 20 de abril de 2010: Alargamento a crianças e jovens de 8, 11 e 14 anos - Saúde Oral Crianças e Jovens Idades Intermédias - Revogação da Circular Normativa n.º4, de 10 de Março de 2010.
90. Portugal. Ministério da Saúde. Despacho n.º 7402/2013. *Diário da República, 2.ª série — N.º 110 — 7 de Junho de 2013; 18631.*
91. Portugal. Ministério da Saúde. *Diário da República, 1.ª série — N.º 57 — 21 de março de 2014; 2127-31.*
92. SINIŠA ZRINŠČAK. *Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova.* UDK: 369.06:614(497.5) Pravni fakultet Sveučilišta u Zagreb: Primljeno: ožujak 2007. Croatian.
93. Bell J. *Como realizar um projecto de investigação: Trajectos.* Lisboa: Gravdiva; 1997.
94. Gil A. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 2.ª ed. São Paulo: Editora AMAS S.A.; 1989.

95. Sampieri RH, Collado CH, Lucio PB. Metodologia de pesquisa. São Paulo: McGraw-Hill; 2006.
96. Quivy R, Campenhoudt LV. Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva; 1992.
97. Huot, R. Métodos quantitativos para as ciências humanas (M. L. Figueiredo, Trans.). Lisboa: Instituto Piaget. 2002.
98. Martinez, L. F., & Ferreira, A. I. Análise de dados com SPSS (2.^a ed.). Lisboa: Escolar Editora. 2008.
99. Carlson AM. Assessment of Chronic Pain. Aspects of the Reliability and Validity of the Visual Analogue Scale. *Pain J.* 1983; 16: 87-101.
100. Sjögren 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.* 2010; 20: 193–200.
101. Milenin VV, Ostreïkov IF, Vasil'ev Ia. [Evaluation of psychological methods for determining the degree of psychological stress in children in dentistry]. *Anesteziol Reanimatol.* 2014 Sep-Oct; 59(5): 59-63.
102. Aminabadi NA, Ghoreishizadeh A, Ghoreishizadeh M, Oskouei SG. Can drawing be considered a projective measure for children's distress in paediatric dentistry?. *International Journal of Paediatric Dentistry.* 2011; 21: 1–12.
103. Mustafa O, Parekh S, Ashley P, Anand P. Post-operative pain and anxiety related to dental procedures in children. *Eur J Paediatr Dent.* 2013 Dec; 14(4): 289-94.
104. Nayak R, Sudha P. Evaluation of three topical anaesthetic agents against pain: A clinical study. *Indian J Dent Res.* 2006;17: 155-160.
105. Tudeschoie DG, Rozbahany NA, Hajiahmadi M, Jabarifar E. Comparison of the efficacy of two anesthetic techniques of mandibular primary first molar: A randomized clinical trial. *Dental Research Journal.* 2013; 10(5): 620-623.
106. Abdelmoniem SA, Mahmoud SA. Comparative evaluation of passive, active, and passive-active distraction techniques on pain perception during local anesthesia administration in children. *J Adv Res.* 2015.

107. Buchanan H, Niven N. Validation of a Facial Image Scale to assess child dental anxiety. *International Journal of Paediatric Dentistry*. 2002; 12: 47–52.

ANEXOS

ANEXO 1 – RESULTADOS ORGANIZADOS EM QUADROS E A RESPECTIVA ESTATÍSTICA.

VARIAVEIS INDEPENDENTES IDADE E GÉNERO

1. Idade

Quadro 1 - Tabela da estatística descritiva relativa à variável independente idade.

Idade	N	30
	Mínimo	5
	Máximo	12
	Média	7,70
	Desvio-Padrão	2,292

Quadro 2 – Distribuição dos inquiridos por idade.

Idade	N	%
5 anos	7	23,3
6 anos	5	16,7
7 anos	4	13,3
8 anos	2	6,7
9 anos	4	13,3
10 anos	3	10,0
11 anos	4	13,3
12 anos	1	3,3
Total	30	100,0

Quadro 3 – Distribuição dos inquiridos por idade em função do país.

País		Idade
Portugal	N	15
	Média	6,87
	Desvio Padrão	1,767
	Crianças	14
	Pré-adolescentes	1
Croácia	N	15
	Média	8,53
	Desvio Padrão	2,503
	Crianças	8
	Pré-adolescentes	7

Quadro 4 – Distribuição estatística que relaciona a idade dos inquiridos com o país.

		Valor	Significância (p value)
Nominal por nominal	V de Cramer	,452	,013
	Coeficiente de contingência	,412	,013
Nº de Casos Válidos		30	

2. Género

Quadro 5 – Distribuição dos inquiridos por género em função do país.

		Género	
		Feminino	Masculino
País	Portugal	6	9
	Croácia	7	8
Total		13	17

Quadro 6 – Distribuição estatística que relaciona o género dos inquiridos com o país.

		Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal	V de Cramer	,067	,713
	Coefficiente de contingência	,067	,713
Nº de Casos Válidos		30	

TESTE DE MEDO DA CRIANÇA (Child Fear Survey Schedule – Dental Subscale - CFSS-DS)

1. Parâmetro ‘Médico-dentista’

Quadro 7 – Tabulação cruzada País *versus* Parâmetro ‘Médico-dentista’.

	Parâmetro - Médico-dentista				
	(1) Nenhum medo	(2) Pouco medo	(3) Com medo	(4) Bastante medo	(5) Com muito medo
País Portugal	13	1	0	0	1
Croácia	10	1	3	1	0
Total	23	2	3	1	1

Quadro 8 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Médico-dentista’ com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,424	,249
Coeficiente de contingência	,390	,249
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 9 – Tabulação cruzada Idade versus Parâmetro ‘Médico-dentista’.

		Crianças	Pré-adolescentes
Parâmetro – ‘Médico- dentista’	(1) Nenhum medo	16	7
	(2) Pouco medo	1	1
	(3) Com medo	3	0
	(4) Bastante medo	1	0
	(5) Com muito medo	1	0

Quadro 10 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Médico-dentista’ com a idade dos mesmos.

		Valor	Significância (p value)
Nominal por nominal	V de Cramer	,291	,637
	Coefficiente de contingência	,279	,637
Nº de Casos Válidos		30	

Quadro 11 – Tabulação cruzada Gênero *versus* Parâmetro ‘Médico-dentista’.

		Feminino	Masculino
Parâmetro – ‘Médico- dentista’	(1) Nenhum medo	8	15
	(2) Pouco medo	0	2
	(3) Com medo	3	0
	(4) Bastante medo	1	0
	(5) Com muito medo	1	0

Quadro 12 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Médico-dentista’ com o gênero dos mesmos.

		Valor	Significância (p value)
Nominal por nominal	V de Cramer	,540	,068
	Coefficiente de contingência	,475	,068
Nº de Casos Válidos		30	

2. Parâmetro 'Cadeira de dentista'

Quadro 13 – Tabulação cruzada País *versus* Parâmetro 'Cadeira de dentista'.

		Parâmetro - Cadeira de dentista	
		(1) Nenhum medo	
País	Portugal		15
	Croácia		15
Total			30

Quadro 14 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro 'Cadeira de dentista' com o país.

		Valor
Nominal por Nominal	Fi	.a
Nº de Casos Válidos		30

a. Nenhuma estatística foi calculada porque "Parâmetro - Cadeira de dentista" é um constante.

3. Parâmetro 'Injeção'

Quadro 15 – Tabulação cruzada País *versus* Parâmetro 'Injeção'.

		Parâmetro – Injeção				
		(1) Nenhum medo	(2) Pouco medo	(3) Com medo	(4) Bastante medo	(5) Com muito medo
País	Portugal	3	4	4	2	2
	Croácia	3	3	4	0	5
Total		6	7	8	2	7

Quadro 16 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro 'Injeção' com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,338	,489
Coeficiente de contingência	,320	,489
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 17 – Tabulação cruzada Idade versus Parâmetro 'Injeção'.

		Crianças	Pré-adolescentes
Parâmetro – 'Injeção'	(1) Nenhum medo	4	2
	(2) Pouco medo	5	2
	(3) Com medo	6	2
	(4) Bastante medo	2	0
	(5) Com muito medo	5	2

Quadro 18 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro 'Injeção' com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,173	,924
Coeficiente de contingência	,171	,924
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 19 – Tabulação cruzada Género *versus* Parâmetro ‘Injeção’.

		Feminino	Masculino
Parâmetro – ‘Injeção’	(1) Nenhum medo	1	5
	(2) Pouco medo	2	5
	(3) Com medo	4	4
	(4) Bastante medo	1	1
	(5) Com muito medo	5	2

Quadro 20 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Injeção’ com o género dos mesmos.

		Valor	Significância (p value)
Nominal por nominal	V de Cramer	,400	,310
	Coefficiente de contingência	,371	,310
Nº de Casos Válidos		30	

4. Parâmetro 'Alguém a examinar a cavidade oral'

Quadro 21 – Tabulação cruzada País *versus* Parâmetro “Alguém a examinar a cavidade oral”.

		Parâmetro - Alguém a examinar a cavidade oral	
		(1) Nenhum medo	(4) Bastante medo
País	Portugal	14	1
	Croácia	15	0
Total		29	1

Quadro 22 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro 'Alguém a examinar a cavidade oral' com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,186	,309
Coeficiente de contingência	,183	,309
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 23 – Tabulação cruzada Idade versus Parâmetro ‘Alguém a examinar a cavidade oral’.

		Crianças	Pré-adolescentes
Parâmetro – ‘Alguém a examinar a cavidade oral’	(1) Nenhum medo	21	8
	(4) Bastante medo	1	0

Quadro 24 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Alguém a examinar a cavidade oral’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,112	,540
Coeficiente de contingência	,111	,540
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 25 – Tabulação cruzada Género versus Parâmetro ‘Alguém a examinar a cavidade oral’.

		Feminino	Masculino
Parâmetro – ‘Alguém a examinar a cavidade oral’	(2) Nenhum medo	12	17
	(5) Bastante medo	1	0

Quadro 24 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Alguém a examinar a cavidade oral’ com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,212	,245
Coeficiente de contingência	,208	,245
Nº de Casos Válidos	30	

5. Parâmetro 'Consultório Clínico'

Quadro 25 – Tabulação cruzada País *versus* Parâmetro “Consultório clínico”.

		Parâmetro – Consultório		
		(4) Nenhum medo	(5) Pouco medo	(6) Com Medo
País	Portugal	13	0	2
	Croácia	10	5	0
Total		23	5	2

Quadro 26 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro “Consultório clínico” com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,496	,025
Coeficiente de contingência	,445	,025
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 27 – Tabulação cruzada Idade versus Parâmetro ‘Consultório clínico’.

		Crianças	Pré-adolescentes
Parâmetro – ‘Consultório clínico’	(1) Nenhum medo	17	6
	(2) Pouco medo	3	2
	(3) Com medo	2	0

Quadro 28 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Consultório clínico’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,199	,553
Coeficiente de contingência	,195	,553
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 29 – Tabulação cruzada Género versus Parâmetro ‘Consultório clínico’.

		Feminino	Masculino
Parâmetro – ‘Consultório clínico’	(1) Nenhum medo	9	14
	(2) Pouco medo	3	2
	(3) Com medo	1	1

Quadro 30 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Consultório clínico’ com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,160	,681
Coeficiente de contingência	,158	,681
Nº de Casos Válidos	30	

6. Parâmetro 'Ver o motor de turbina'

Quadro 31 – Tabulação cruzada País *versus* Parâmetro 'Ver o motor da turbina'.

		Parâmetro - Ver o motor da turbina		
		(1) Nenhum medo	(2) Pouco medo	(3) Com medo
País	Portugal	14	0	1
	Croácia	9	6	0
Total		23	6	1

Quadro 32 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro 'Ver o motor da turbina' com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,519	,018
Coeficiente de contingência	,461	,018
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 33 – Tabulação cruzada Idade versus Parâmetro ‘Ver o motor da turbina’.

		Crianças	Pré-adolescentes
Parâmetro – ‘Ver o motor da turbina’	(1) Nenhum medo	17	6
	(2) Pouco medo	4	2
	(3) Com medo	1	0

Quadro 34 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Ver o motor da turbina’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,130	,777
Coeficiente de contingência	,129	,777
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 35 – Tabulação cruzada Género versus Parâmetro ‘Ver o motor da turbina’.

		Feminino	Masculino
Parâmetro – ‘Ver o motor da turbina’	(1) Nenhum medo	10	13
	(2) Pouco medo	3	3
	(3) Com medo	0	1

Quadro 36 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Ver o motor da turbina’ com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,171	,646
Coeficiente de contingência	,168	,646
Nº de Casos Válidos	30	

7. Parâmetro 'Ouvir o ruído do motor de turbina'

Quadro 37 – Tabulação cruzada País versus Parâmetro 'Ouvir o ruído do motor da turbina'.

	Parâmetro - Ouvir o ruído do motor da turbina		
	(1) Nenhum medo	(2) Pouco medo	(3) Com medo
País Portugal	12	1	3
Croácia	11	0	3
Total	23	1	6

Quadro 38 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro 'Ouvir o ruído do motor da turbina' com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,187	,593
Coeficiente de contingência	,183	,593
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 39 – Tabulação cruzada Idade versus Parâmetro ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’

		Crianças	Pré-adolescentes
Parâmetro – ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’	(4) Nenhum medo	19	4
	(5) Pouco medo	0	1
	(6) Com medo	3	3

Quadro 40 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,426	,066
Coeficiente de contingência	,392	,066
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 41 – Tabulação cruzada Género versus Parâmetro ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’.

		Feminino	Masculino
Parâmetro – ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’	(1) Nenhum medo	12	11
	(2) Pouco medo	0	1
	(3) Com medo	1	5

Quadro 42 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’ com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,328	,198
Coeficiente de contingência	,312	,198
Nº de Casos Válidos	30	

8. Parâmetro 'Sentir alguém a colocar instrumentos na cavidade oral'

Quadro 43 – Tabulação cruzada País *versus* Parâmetro 'Sentir alguém a colocar instrumentos na cavidade oral'.

		Parâmetro - Sentir alguém a colocar instrumentos na cavidade oral		
		(1) Nenhum medo	(2) Pouco medo	(4) Bastante medo
País	Portugal	12	1	2
	Croácia	15	0	0
Total		27	1	2

Quadro 44 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro 'Sentir alguém a colocar instrumentos na cavidade oral' com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,333	,189
Coeficiente de contingência	,316	,189
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 45 – Tabulação cruzada Idade versus Parâmetro ‘Sentir alguém a colocar instrumentos na cavidade oral’

		Crianças	Pré-adolescentes
Parâmetro – ‘Sentir alguém a colocar instrumentos na cavidade oral’	(1) Nenhum medo	19	8
	(2) Pouco medo	1	0
	(4) Bastante medo	2	0

Quadro 46 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,201	,545
Coeficiente de contingência	,197	,545
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 47 – Tabulação cruzada Género versus Parâmetro ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’.

		Feminino	Masculino
Parâmetro – ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’	(1) Nenhum medo	12	15
	(2) Pouco medo	0	1
	(4) Bastante medo	1	1

Quadro 48 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Ouvir o ruído do motor da turbina’ com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,165	,665
Coeficiente de contingência	,163	,665
Nº de Casos Válidos	30	

9. Parâmetro 'Engasgar'

Quadro 49 – Tabulação cruzada País *versus* Parâmetro 'Engasgar'.

		Parâmetro – Engasgar		
		(1) Nenhum medo	(2) Pouco medo	(3) Com medo
País	Portugal	12	1	2
	Croácia	12	2	1
Total		24	3	3

Quadro 50 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro 'Engasgar' com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,149	,717
Coeficiente de contingência	,147	,717
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 51 – Tabulação cruzada Idade versus Parâmetro ‘Engasgar’

		Crianças	Pré-adolescentes
Parâmetro ‘Engasgar’	(1) Nenhum medo	18	6
	(2) Pouco medo	1	2
	(3) Com medo	3	0

Quadro 52 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Engasgar’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,345	,167
Coeficiente de contingência	,326	,167
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 53 – Tabulação cruzada Género versus Parâmetro ‘Engasgar’.

		Feminino	Masculino
Parâmetro – ‘Engasgar’	(1) Nenhum medo	10	14
	(2) Pouco medo	1	2
	(3) Com medo	2	1

Quadro 54 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Engasgar’ com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,165	,665
Coeficiente de contingência	,163	,665
Nº de Casos Válidos	30	

10. Parâmetro 'Necessidade de ir ao Hospital'

Quadro 55 – Tabulação cruzada País *versus* Parâmetro 'Necessidade de ir ao hospital'.

		Parâmetro - Necessidade de ir ao hospital			
		(1) Nenhum medo	(2) Pouco medo	(3) Com medo	(4) Bastante medo
País	Portugal	6	2	6	1
	Croácia	4	5	3	3
Total		10	7	9	4

Quadro 56 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro 'Necessidade de ir ao hospital' com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,351	,297
Coeficiente de contingência	,331	,297
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 57 – Tabulação cruzada Idade versus Parâmetro ‘Necessidade de ir ao hospital’

		Crianças	Pré-adolescentes
Parâmetro – ‘Necessidade de ir ao hospital’	(1) Nenhum medo	6	4
	(2) Pouco medo	5	2
	(3) Com medo	7	2
	(4) Bastante medo	4	0

Quadro 58 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Necessidade de ir ao hospital’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,287	,481
Coeficiente de contingência	,276	,481
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 59 – Tabulação cruzada Género versus Parâmetro ‘Necessidade de ir ao hospital’.

		Feminino	Masculino
Parâmetro – ‘Necessidade de ir ao hospital’	(5) Nenhum medo	2	8
	(6) Pouco medo	2	5
	(7) Com medo	5	4
	(8) Bastante medo	4	0

Quadro 60 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Necessidade de ir ao hospital’ com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,536	,035
Coeficiente de contingência	,472	,035
Nº de Casos Válidos	30	

11. Parâmetro 'Pessoa com uniforme branco'

Quadro 61 – Tabulação cruzada País *versus* Parâmetro 'Pessoa com uniforme branco'.

		Parâmetro - Pessoa com uniforme branco		
		(1) Nenhum medo	(2) Pouco medo	(3) Com medo
País	Portugal	14	0	1
	Croácia	13	1	1
Total		27	1	2

Quadro 62 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro 'Pessoa com o uniforme branco' com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,186	,595
Coeficiente de contingência	,183	,595
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 63 – Tabulação cruzada Idade versus Parâmetro ‘Pessoa com uniforme branco’.

		Crianças	Pré-adolescentes
Parâmetro – ‘Pessoa com uniforme branco’	(1) Nenhum medo	19	8
	(2) Pouco medo	1	0
	(3) Com medo	2	0

Quadro 64 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Pessoa com uniforme branco’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,201	,545
Coeficiente de contingência	,197	,545
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 65 – Tabulação cruzada Género versus Parâmetro ‘Pessoa com uniforme branco’.

		Feminino	Masculino
Parâmetro – ‘Pessoa com uniforme branco’	(1) Nenhum medo	12	15
	(2) Pouco medo	1	0
	(3) Com medo	0	2

Quadro 66 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘Pessoa com uniforme branco’ com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,308	,240
Coeficiente de contingência	,295	,240
Nº de Casos Válidos	30	

12. Parâmetro 'Médico-dentista a realizar limpeza dentária'

Quadro 67 – Tabulação cruzada País versus Parâmetro “O médico-dentista a realizar a limpeza dentária”.

		Parâmetro - O médico-dentista a realizar a limpeza dentária		
		(1) Nenhum medo	(2) Pouco medo	(3) Com medo
País	Portugal	13	1	1
	Croácia	15	0	0
Total		28	1	1

Quadro 68 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro 'O médico-dentista a realizar a limpeza dentária' com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,267	,343
Coeficiente de contingência	,258	,343
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 69 – Tabulação cruzada Idade versus Parâmetro ‘O médico-dentista a realizar a limpeza dentária’.

		Crianças	Pré-adolescentes
Parâmetro – ‘O médico-dentista a realizar a limpeza dentária’	(1) Nenhum medo	20	8
	(2) Pouco medo	1	0
	(3) Com medo	1	0

Quadro 70 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘O médico-dentista a realizar a limpeza dentária’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,161	,677
Coeficiente de contingência	,159	,677
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 71 – Tabulação cruzada Gênero versus Parâmetro ‘O médico-dentista a realizar a limpeza dentária.

		Feminino	Masculino
Parâmetro – ‘O médico-dentista a realizar a limpeza dentária’	(1) Nenhum medo	12	16
	(2) Pouco medo	1	0
	(3) Com medo	0	1

Quadro 72 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos ao parâmetro ‘O médico-dentista a realizar a limpeza dentária’ com o gênero dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,263	,354
Coeficiente de contingência	,254	,354
Nº de Casos Válidos	30	

RELAÇÃO ENTRE PAÍS E ESCALA COMPORTAMENTAL DE FRANKL

Quadro 73 – Tabulação cruzada País *versus* Escala Comportamental de Frankl.

		Escala Comportamental de Frankl			
		(1) Definitivamente negativo	(2) Negativo	(3) Positivo	(4) Definitivamente positivo
País	Portugal	1	0	10	4
	Croácia	0	1	10	4
Total		1	1	20	8

Quadro 74 - Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala Comportamental de Frankl com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,258	,572
Coeficiente de contingência	,250	,572
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 75 – Tabulação cruzada Idade *versus* Escala Comportamental de Frankl.

		Crianças	Pré-adolescentes
Escala Comportamental de Frankl	(1) Definitivamente negativo	1	0
	(2) Negativo	1	0
	(3) Positivo	16	4
	(4) Definitivamente positivo	4	4

Quadro 76 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala Comportamental de Frankl com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,337	,333
Coeficiente de contingência	,319	,333
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 77 – Tabulação cruzada Gênero versus Escala Comportamental de Frankl.

		Feminino	Masculino
Escala Comportamental de Frankl	(1) Definitivamente negativo	1	0
	(2) Negativo	1	0
	(3) Positivo	8	12
	(4) Definitivamente positivo	3	5

Quadro 78 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala Comportamental de Frankl com o gênero dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,306	,421
Coeficiente de contingência	,293	,421
Nº de Casos Válidos	30	

ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Quadro 79 – Tabulação cruzada entre País *versus* Escala Visual Analógica.

	Escala Visual Analógica				
	(1) Sem dor – 0%	(2) Dor ligeira – 25%	(3) Dor desconfortável – 50%	(4) Dor moderada – 75%	(5) Dor insuportável – 100%
País Portugal	11	1	2	0	1
Croácia	8	4	2	0	1
Total	19	5	4	0	2

Quadro 80 - Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala Visual Analógica com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,427	,242
Coeficiente de contingência	,393	,242
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 81 – Tabulação cruzada Idade *versus* Escala Visual Analógica.

		Crianças	Pré-adolescentes
Escala Visual Analógica	(1) Sem dor – 0%	14	5
	(2) Dor ligeira – 25%	1	0
	(3) Dor desconfortável – 50%	2	2
	(4) Dor moderada – 75%	3	1
	(5) Dor insuportável - 100%	2	0

Quadro 82 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala Visual Analógica com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,272	,697
Coeficiente de contingência	,262	,697
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 83 – Tabulação cruzada Género versus Escala Visual Analógica.

		Feminino	Masculino
Escala Visual Analógica	(1) Sem dor – 0%	7	12
	(2) Dor ligeira – 25%	1	0
	(3) Dor desconfortável – 50%	3	1
	(4) Dor moderada – 75%	1	3
	(5) Dor insuportável - 100%	1	1

Quadro 84 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala Visual Analógica com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,358	,427
Coeficiente de contingência	,337	,427
Nº de Casos Válidos	30	

ESCALA SOM

1. Parâmetro 'som'

Quadro 85 – Tabulação cruzada entre País *versus* Escala SOM - parâmetro 'som'.

		Escala do Som – som			
		Conforto	Desconforto Leve	Desconforto Moderado	Desconforto Severo
País	Portugal	8	4	2	1
	Croácia	9	1	3	2
Total		17	5	5	3

Quadro 86 - Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos descrito na Escala SOM referente ao parâmetro 'som' com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,282	,495
Coeficiente de contingência	,272	,495
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 87 – Tabulação cruzada Idade *versus* Escala SOM – parâmetro ‘som’.

		Crianças	Pré-adolescentes
Escala SOM - som	Conforto	11	6
	Desconforto Leve	4	1
	Desconforto Moderado	4	1
	Desconforto Severo	3	0

Quadro 88 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala SOM referente ao parâmetro ‘som’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,256	,580
Coeficiente de contingência	,248	,580
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 89 – Tabulação cruzada Gênero versus Escala SOM – parâmetro ‘som’.

		Feminino	Masculino
Escala SOM - som	Conforto	7	10
	Desconforto Leve	2	3
	Desconforto Moderado	3	2
	Desconforto Severo	1	2

Quadro 90 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala SOM referente ao parâmetro ‘som’ com o gênero dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,157	,863
Coeficiente de contingência	,155	,863
Nº de Casos Válidos	30	

2. Parâmetro 'olhos'

Quadro 91 – Tabulação cruzada da País *versus* Escala SOM – parâmetro 'olhos'.

	Escala do Som - Olhos			
	Conforto	Desconforto Leve	Desconforto Moderado	Desconforto Severo
País Portugal	10	3	1	1
Croácia	7	5	1	2
Total	17	8	2	3

Quadro 92 - Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos descrito na Escala SOM referente ao parâmetro 'olhos' com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,213	,714
Coeficiente de contingência	,208	,714
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 93 – Tabulação cruzada Idade versus Escala SOM – parâmetro ‘olhos’.

		Crianças	Pré-adolescentes
Escala SOM - olhos	Conforto	12	5
	Desconforto Leve	6	2
	Desconforto Moderado	1	1
	Desconforto Severo	3	0

Quadro 94 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala SOM referente ao parâmetro ‘olhos’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,240	,631
Coeficiente de contingência	,233	,631
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 95 – Tabulação cruzada Género versus Escala SOM – parâmetro ‘olhos’.

		Feminino	Masculino
Escala SOM - olhos	Conforto	4	13
	Desconforto Leve	8	0
	Desconforto Moderado	0	2
	Desconforto Severo	1	2

Quadro 96 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala SOM referente ao parâmetro ‘olhos’ com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,703	,002
Coeficiente de contingência	,575	,002
Nº de Casos Válidos	30	

3. Parâmetro 'movimentos'

Quadro 97 – Tabulação cruzada País versus Escala SOM – parâmetro 'movimentos'.

	Escala do Som - Movimentos	
	Conforto	Desconforto Leve
País Portugal	10	5
Croácia	9	6
Total	19	11

Quadro 98 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos descrito na Escala SOM, referente ao parâmetro 'movimentos' com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,069	,705
Coeficiente de contingência	,069	,705
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 99 – Tabulação cruzada Idade *versus* Escala SOM – parâmetro ‘movimentos’.

		Crianças	Pré-adolescentes
Escala SOM - movimentos	Conforto	13	6
	Desconforto Leve	9	2

Quadro 100 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala SOM referente ao parâmetro ‘movimentos’ com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,146	,424
Coeficiente de contingência	,144	,424
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 101 – Tabulação cruzada Género versus Escala SOM – parâmetro ‘movimentos’.

		Feminino	Masculino
Escala SOM - movimentos	Conforto	6	13
	Desconforto Leve	7	4

Quadro 102 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala SOM referente ao parâmetro ‘movimentos’ com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,312	,088
Coeficiente de contingência	,298	,088
Nº de Casos Válidos	30	

ESCALA DE ANSIEDADE DA FACE

1. FAS inicial

Quadro 103 – Tabulação cruzada País *versus* Escala de Ansiedade da Face – FAS inicial.

	Escala de Ansiedade da Face - FAS inicial					
	0*	1*	2*	3*	4*	5*
País Portugal	6	4	4	1	0	0
Croácia	2	2	7	1	2	1
Total	8	6	11	2	2	1
0*: sem ansiedade; 1*: ansiedade suportável; 2*: ansiedade leve; 3*: ansiedade moderada; 4*: ansiedade desconfortável; 5*: ansiedade elevada.						

Quadro 104 - Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos descritos na Escala de Ansiedade da Face – FAS inicial – com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,465	,262
Coeficiente de contingência	,422	,262
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 105 – Tabulação cruzada Idade *versus* Escala de Ansiedade da Face – FAS inicial.

		Crianças	Pré-adolescentes
Escala de Ansiedade da Face – FAS inicial	(0) Sem ansiedade	7	1
	(1) Ansiedade suportável	4	2
	(2) Ansiedade leve	8	3
	(3) Ansiedade Moderada	1	1
	(4) Ansiedade Desconfortável	1	1
	(5) Ansiedade Elevada	1	0

Quadro 106 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala de Ansiedade da Face inicial com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,285	,786
Coeficiente de contingência	,274	,786
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 107 – Tabulação cruzada Género versus Escala de Ansiedade da Face
– FAS inicial.

		Feminino	Masculino
Escala de Ansiedade da Face – FAS inicial	(0) Sem ansiedade	4	4
	(1) Ansiedade suportável	2	4
	(2) Ansiedade leve	5	6
	(3) Ansiedade Moderada	1	1
	(4) Ansiedade Desconfortável	0	2
	(5) Ansiedade Elevada	1	0

Quadro 108 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos
inquiridos referido na Escala de Ansiedade da Face inicial com o género dos
mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,331	,657
Coeficiente de contingência	,314	,657
Nº de Casos Válidos	30	

2. FAS Final

Quadro 109 – Tabulação cruzada País *versus* Escala de Ansiedade da Face – FAS final.

		Escala de Ansiedade da Face - FAS final		
		0*	1*	2*
País	Portugal	12	3	0
	Croácia	9	4	2
Total		21	7	2
0*: sem ansiedade; 1*: ansiedade suportável; 2*: ansiedade leve; 3*: ansiedade moderada; 4*: ansiedade desconfortável; 5*: ansiedade elevada.				

Quadro 110 - Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos descrito na Escala de Ansiedade da Face – FAS final – com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,293	,276
Coeficiente de contingência	,281	,276
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 111 – Tabulação cruzada Idade versus Escala de Ansiedade da Face – FAS final.

		Crianças	Pré-adolescentes
Escala de Ansiedade da Face – FAS final	(0) Sem ansiedade	15	6
	(1) Ansiedade suportável	6	1
	(2) Ansiedade leve	1	1

Quadro 112 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala de Ansiedade da Face final com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,195	,564
Coeficiente de contingência	,192	,564
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 113 – Tabulação cruzada Género versus Escala de Ansiedade da Face
– FAS final.

		Feminino	Masculino
Escala de Ansiedade da Face – FAS final	(0) Sem ansiedade	10	11
	(1) Ansiedade suportável	3	4
	(2) Ansiedade leve	0	2

Quadro 114 – Distribuição estatística que relaciona o nível de ansiedade dos inquiridos referido na Escala de Ansiedade da Face inicial com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,237	,430
Coeficiente de contingência	,231	,430
Nº de Casos Válidos	30	

3. Evolução dos resultados obtidos através do FAS

Quadro 115 – Teste de Wilcoxon

FAS	Portugal	Z	-2,235 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,025
	Croácia	Z	-3,133 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,002
c. Teste de Posto Assinados por Wilcoxon			
d. Com base em postos positivos.			

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

1. Tipo de procedimento

Quadro 116 – Tabulação cruzada País *versus* tipo de procedimento.

	Tipo de procedimento	
	Não invasivo	Invasivo
País Portugal	2	13
Croácia	3	12
Total	5	25

Quadro 117 – Distribuição estatística que relaciona o tipo de procedimento com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,089	,624
Coefficiente de contingência	,089	,624
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 118 – Tabulação cruzada Idade *versus* Tipo de procedimento.

		Crianças	Pré- adolescentes
Tipo de procedimento	Não invasivo	3	2
	Invasivo	19	6

Quadro 119 – Distribuição estatística que relaciona o tipo de procedimento com a idade dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,135	,460
Coeficiente de contingência	,134	,460
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 120 – Tabulação cruzada Género versus Tipo de procedimento.

		Feminino	Masculino
Tipo de procedimento	Não invasivo	2	3
	Invasivo	11	14

Quadro 121 – Distribuição estatística que relaciona o tipo de procedimento com o género dos mesmos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,030	,869
Coeficiente de contingência	,030	,869
Nº de Casos Válidos	30	

2. Presença do responsável

Quadro 122 – Tabulação cruzada País *versus* Presença do responsável.

		Presença do responsável	
		Não	Sim
País	Portugal	4	11
	Croácia	9	6
Total		13	17

Quadro 123 – Distribuição estatística que relaciona a presença do responsável com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,336	,065
Coeficiente de contingência	,319	,065
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 124 – Tabulação cruzada Idade *versus* Presença do responsável.

		Crianças	Pré-adolescentes
Presença do responsável	Não	6	7
	Sim	16	1

Quadro 125 – Distribuição estatística que relaciona a presença do responsável com a idade dos inquiridos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,537	,003
Coeficiente de contingência	,473	,003
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 126 – Tabulação cruzada Género versus Presença do responsável.

		Feminino	Masculino
Presença do responsável	Não	5	8
	Sim	8	9

Quadro 127 – Distribuição estatística que a presença do responsável com o género dos inquiridos.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,086	,638
Coeficiente de contingência	,086	,638
Nº de Casos Válidos	30	

3. Relação entre país e estrutura de delicadeza

Quadro 128 – Tabulação cruzada País *versus* Estrutura de Delicadeza.

		Estrutura de Delicadeza	
		Formal	Pessoal
País	Portugal	3	12
	Croácia	15	0
Total		18	12

Quadro 129 – Distribuição estatística que relaciona a estrutura de delicadeza utilizada pelo médico-dentista com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,816	,000
Coeficiente de contingência	,632	,000
Nº de Casos Válidos	30	

4. Relação entre país e a modalização utilizada pelo médico-dentista

Quadro 130 – Tabulação cruzada País *versus* Modalização utilizada pelo médico-dentista.

		Modalização	
		Pedido	Ordem
País	Portugal	7	8
	Croácia	11	4
Total		18	12

Quadro 131 – Distribuição estatística que relaciona o tipo de modalização utilizada pelo médico-dentista com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,272	,136
Coeficiente de contingência	,263	,136
Nº de Casos Válidos	30	

5. Relação entre país e o timbre de voz utilizado pelo médico-dentista

Quadro 132 – Tabulação cruzada País *versus* Timbre de voz utilizado pelo médico-dentista.

		Timbre de voz		
		Agudo	Serena	Firme
País	Portugal	2	9	4
	Croácia	0	14	1
Total		2	23	5

Quadro 133 – Distribuição estatística que relaciona o timbre de voz utilizado pelo médico-dentista com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,404	,087
Coeficiente de contingência	,374	,087
Nº de Casos Válidos	30	

6. Relação entre país e cronémica

Quadro 134 – Tabulação cruzada País *versus* Cronémica.

		Cronémica			
		<2 min	3-5 min	6-8 min	> 9 min
País	Portugal	0	3	6	6
	Croácia	2	9	3	1
Total		2	12	9	7

Quadro 135 - Distribuição estatística que relaciona a cronémica com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,573	,020
Coeficiente de contingência	,497	,020
Nº de Casos Válidos	30	

7. Relação entre país e proxémica: distância entre MD e paciente no início da consulta

Quadro 136 – Tabulação cruzada País *versus* Proxémica no início da consulta.

		Proxémica: distância entre MD e paciente no início da consulta		
		Zona íntima: de 0 a 46 cm	Zona pessoal: de 46 cm a 1,2 m	Zona social: 1,2 m a 3m
País	Portugal	0	13	2
	Croácia	4	11	0
Total		4	24	2

Quadro 137 - Distribuição estatística que relaciona a proxémica no início da consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,453	,046
Coeficiente de contingência	,413	,046
Nº de Casos Válidos	30	

8. Relação entre país e proxémica: distância entre MD e paciente durante a consulta

Quadro 138 – Tabulação cruzada País *versus* Proxémica durante a consulta.

		Proxémica: distância entre MD e paciente no durante da consulta	
		Zona íntima: de 0 a 46 cm	
País	Portugal		15
	Croácia		15
Total			30

Quadro 139 - Distribuição estatística que relaciona a proxémica durante a consulta com o país.

		Valor
Nominal por Nominal	Fi	.a
Nº de Casos Válidos		30

a. Nenhuma estatística foi calculada porque Proxémica: distância entre MD e paciente no durante da consulta é um constante.

9. Relação entre país e proxémica: distância entre MD e paciente no final da consulta

Quadro 140 – Tabulação cruzada País *versus* Proxémica no final da consulta.

		Proxémica: distância entre MD e paciente no fim da consulta	
		Zona pessoal: 46 cm a 1,2 m	Zona social: 1,2 m a 3m
País	Portugal	11	4
	Croácia	5	10
Total		16	14

Quadro 141 - Distribuição estatística que relaciona a proxémica no final da consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,401	,028
Coeficiente de contingência	,372	,028
Nº de Casos Válidos	30	

10. Evolução dos resultados obtidos na Proxémica

Quadro 142 – Evolução dos resultados obtidos na Proxémica, através do teste de Wilcoxon.

Proxémica final – Proxémica inicial.	Portugal	Z	-,816 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,414
	Croácia	Z	-3,276 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,001
a. Teste de Postos Assinados por Wilcoxon			
b. Com base em postos negativos.			

11. Relação entre país e a posição do olhar no início da consulta

Quadro 143 – Tabulação cruzada País *versus* Posição do olhar no início da consulta.

		Posição do olhar no início da consulta	
		Superior	No mesmo nível
País	Portugal	4	11
	Croácia	9	6
Total		13	17

Quadro 144 - Distribuição estatística que relaciona a posição do olhar no início da consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,336	,065
Coeficiente de contingência	,319	,065
Nº de Casos Válidos	30	

12. Relação entre país e a posição do olhar no final da consulta

Quadro 145 – Tabulação cruzada País *versus* Posição do olhar no final da consulta.

		Posição do olhar no fim da consulta		
		Superior	No mesmo nível	Inexistente
País	Portugal	10	5	0
	Croácia	14	0	1
Total		24	5	1

Quadro 146 - Distribuição estatística que relaciona a posição do olhar no final da consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,471	,036
Coeficiente de contingência	,426	,036
Nº de Casos Válidos	30	

13. Evolução dos resultados obtidos na Posição do olhar

Quadro 147 – Evolução dos resultados obtidos na posição do olhar, através do teste de Wilcoxon.

Posição do olhar final – Posição do olhar inicial.	Portugal	Z	-2,121 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,034
	Croácia	Z	-1,265 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,206
a. Teste de Postos Assinados por Wilcoxon.			
b. Com base em postos positivos.			

14. Relação entre país e a quinésia inicial

Quadro 148 – Tabulação cruzada País *versus* Quinésia inicial – tipo de movimentos utilizados pelo médico-dentista.

		Quinésia inicial: movimentos do MD face ao paciente
		Movimentos curvos (empatia)
País	Portugal	15
	Croácia	15
Total		30

Quadro 149 - Distribuição estatística que relaciona o tipo de movimentos utilizados pelo médico-dentista no início da consulta com o país.

		Valor
Nominal por Nominal	Fi	.a
Nº de Casos Válidos		30

a. Nenhuma estatística foi calculada porque Quinésia inicial: movimentos do MD face ao paciente é um constante.

Quadro 150 – Tabulação cruzada País *versus* Quinésia inicial – tipo de posição utilizada pelo médico-dentista.

		Quinésia inicial: posição do MD face ao paciente	
		De pé	Agachado
País	Portugal	4	11
	Croácia	11	4
Total		15	15

Quadro 151 – Distribuição estatística que relaciona o tipo de posição utilizada pelo médico-dentista no início da consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,467	,011
Coeficiente de contingência	,423	,011
Nº de Casos Válidos	30	

15. Relação entre país e a quinésia final

Quadro 152 – Tabulação cruzada País *versus* Quinésia final – tipo de movimentos utilizados pelo médico-dentista.

		Quinésia final: movimentos do MD face ao paciente	
		Movimentos curvos (empatia)	Movimentos retos (imposição de poder)
País	Portugal	15	0
	Croácia	13	2
Total		28	2

Quadro 153 – Distribuição estatística que relaciona o tipo de movimentos utilizados pelo médico-dentista no final da consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,267	,143
Coeficiente de contingência	,258	,143
Nº de Casos Válidos	30	

Quadro 154 – Tabulação cruzada País *versus* Quinésia final – tipo de posição utilizada pelo médico-dentista.

		Quinésia final: posição do MD face ao paciente	
		De pé	Agachado
País	Portugal	10	5
	Croácia	13	2
Total		23	7

Quadro 155 – Distribuição estatística que relaciona o tipo de posição utilizada pelo médico-dentista no final da consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,236	,195
Coeficiente de contingência	,230	,195
Nº de Casos Válidos	30	

16. Evolução dos resultados obtidos na Quinésia

Quadro 156 – Evolução dos resultados obtidos na quinésia, através do teste de Wilcoxon.

Posição final do MD face ao paciente - Posição inicial do MD face ao paciente.	Portugal	Z	-2,449 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,014
	Croácia	Z	-1,000 ^b
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,317
Movimentos finais do MD face ao paciente - Movimentos iniciais do MD face ao paciente.	Portugal	Z	,000 ^c
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	1,000
	Croácia	Z	-1,414 ^d
		Significância Assint. (Bilateral) (p value)	,157
<p>a. Teste de Postos Assinados por Wilcoxon b. Com base em postos positivos. c. A soma de postos negativos é igual à soma de postos positivos. d. Com base em postos negativos.</p>			

17. Relação entre país e tópicos de conversa – parâmetro pessoal

Quadro 157 – Tabulação cruzada País *versus* Tópico de conversa – parâmetro vida pessoal.

		Tópicos de conversa: vida pessoal	
		Não	Sim
País	Portugal	4	11
	Croácia	14	1
Total		18	12

Quadro 158 – Distribuição estatística que relaciona o parâmetro “vida pessoal” abordado na conversa durante a consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,680	,000
Coeficiente de contingência	,563	,000
Nº de Casos Válidos	30	

18. Relação entre país e tópicos de conversa – saúde oral

Quadro 159 – Tabulação cruzada País *versus* Tópico de conversa – saúde oral.

		Tópicos de conversa: saúde oral	
		Não	Sim
País	Portugal	13	2
	Croácia	10	5
Total		23	7

Quadro 160 – Distribuição estatística que relaciona o parâmetro “saúde oral” abordado na conversa durante a consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,236	,195
Coeficiente de contingência	,230	,195
Nº de Casos Válidos	30	

19. Relação entre país e tópicos de conversa – médico-dentista

Quadro 161 – Tabulação cruzada País versus Tópico de conversa – ‘médico-dentista’.

		Tópicos de conversa: médico-dentista	
		Não	
País	Portugal		15
	Croácia		15
Total			30

Quadro 162 – Distribuição estatística que relaciona o parâmetro ‘médico-dentista’ abordado na conversa durante a consulta com o país.

		Valor
Nominal por Nominal	Fi	.a
Nº de Casos Válidos		30

a. Nenhuma estatística foi calculada porque “Tópicos de conversa: médico-dentista” é um constante.

20. Relação entre país e tópicos de conversa – procedimentos dentários

Quadro 163 – Tabulação cruzada País *versus* Tópico de conversa – ‘procedimentos dentários’.

		Tópicos de conversa: procedimentos dentários	
		Não	Sim
País	Portugal	13	2
	Croácia	6	9
Total		19	11

Quadro 164 – Distribuição estatística que relaciona o parâmetro “procedimentos dentários” abordado na conversa durante a consulta com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,484	,008
Coeficiente de contingência	,436	,008
Nº de Casos Válidos	30	

21. Relação entre país e a criança como responsável pela introdução da conversa

Quadro 165 – Tabulação cruzada País *versus* Criança como responsável da introdução da conversa.

		Responsável pela introdução da conversa: criança	
		Não	Sim
País	Portugal	12	3
	Croácia	15	0
Total		27	3

Quadro 166 – Distribuição estatística que relaciona a criança como responsável pela introdução da conversa com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,333	,068
Coeficiente de contingência	,316	,068
Nº de Casos Válidos	30	

22. Relação entre país e o responsável da criança como responsável pela introdução da conversa

Quadro 167 – Tabulação cruzada País *versus* Adulto responsável da criança como responsável pela introdução da conversa.

		Responsável pela introdução da conversa: responsável da criança	
		Não	Sim
País	Portugal	13	2
	Croácia	11	4
Total		24	6

Quadro 168 – Distribuição estatística que relaciona o responsável da criança como responsável pela introdução da conversa com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,167	,361
Coeficiente de contingência	,164	,361
Nº de Casos Válidos	30	

23. Relação entre país e a assistente dentária como responsável pela introdução da conversa

Quadro 169 – Tabulação cruzada País *versus* Assistente dentária com responsável pela introdução da conversa.

		Responsável pela introdução da conversa: assistente dentária	
		Não	Sim
País	Portugal	9	6
	Croácia	14	1
Total		23	7

Quadro 170 – Distribuição estatística que relaciona a assistente dentária como responsável pela introdução da conversa com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,394	,031
Coeficiente de contingência	,367	,031
Nº de Casos Válidos	30	

24. Relação entre país e o médico-dentista como responsável pela introdução da conversa

Quadro 171 – Tabulação cruzada País *versus* Médico-dentista com responsável pela introdução da conversa.

	Responsável pela introdução da conversa: Médico-dentista	
	Não	Sim
País Portugal	1	14
Croácia	0	15
Total	1	29

Quadro 172 – Distribuição estatística que relaciona o médico-dentista como responsável pela introdução da conversa com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,186	,309
Coeficiente de contingência	,183	,309
Nº de Casos Válidos	30	

25. Relação entre país e a explicação do procedimento

Quadro 173 – Tabulação cruzada País *versus* Explicação do procedimento.

		Explicação do procedimento	
		Efetuada	Não efetuada
País	Portugal	14	1
	Croácia	13	2
Total		27	3

Quadro 174 – Distribuição estatística a explicação do procedimento com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,111	,543
Coeficiente de contingência	,110	,543
Nº de Casos Válidos	30	

26. Relação entre país e a utilização de meios de distração

Quadro 175 – Tabulação cruzada País *versus* Utilização de meios de distração.

		Utilização de meios de distração			
		Não foram utilizadas distrações	Desenhos animados	Brinquedos	Jogos
País	Portugal	9	5	1	0
	Croácia	13	0	1	1
Total		22	5	2	1

Quadro 176 – Distribuição estatística que relaciona a utilização de meios de distração com o país.

	Valor	Significância (p value)
Nominal por Nominal V de Cramer	,474	,081
Coeficiente de contingência	,428	,081
Nº de Casos Válidos	30	

