



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

A INFLUÊNCIA DA IMAGEM DO MÉDICO DENTISTA NA
CRIAÇÃO DE EMPATIA COM O PACIENTE
ODONTOPEDIÁTRICO

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

Por:
Mélissa Sousa Pinto

Viseu, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA · PORTO · VISEU

A INFLUÊNCIA DA IMAGEM DO MÉDICO DENTISTA NA
CRIAÇÃO DE EMPATIA COM O PACIENTE
ODONTOPEDIÁTRICO

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

Por:
Mélissa Sousa Pinto

Orientador: Professora Doutora Andreia Figueiredo
Coorientador: Professora Doutora Filomena Capucho

Viseu, 2018

*Aos meus pais, pilares da minha vida, pelo amor e por me ensinarem a lutar,
dando o exemplo. A vocês dedico este trabalho!*

Agradecimentos

À minha orientadora, Professora Doutora Andreia Figueiredo, pelas suas intervenções pertinentes ao longo do trabalho, por me ter orientado com todo o empenho e dedicação e pela motivação persistente!

À Professora Doutora Filomena Capucho, na qualidade de coorientadora, pelo seu contributo na orientação desta investigação, pela constante demonstração de disponibilidade e pela sua preciosa ajuda!

À Professora Doutora Mariana Seabra pela oportunidade de poder transmitir os seus conhecimentos e pelas sensatas sugestões.

Aos pais e crianças que livremente aceitaram pertencer a este estudo. Sem a vossa participação esta investigação seria impossível de se concretizar.

Aos Diretores da Escola, Jardins-de-Infância, a todos os Professores, Educadores e Auxiliares de educação que, com a maior simpatia, se disponibilizaram de forma imediata a apoiar esta causa.

Ao Miguel, pela presença constante. Obrigada por estares sempre disponível para me ouvir e sempre pronto a dar-me força. Foste um pilar muito importante durante este processo!

Ao esquadrão chupeta por me acompanhar na realização deste trabalho, pela partilha de ideias. Somos e seremos definitivamente o melhor esquadrão.

Ao David, pela sua coragem ao compactuar neste projeto. Não teria conseguido melhor “modelo fotográfico”...

À Inês, Carolina e Adriana por me mostrarem que amizades verdadeiras existem. As vossas palavras reconfortantes e amigas encorajaram-me sempre a fazer mais e melhor. Obrigada por serem as melhores!

À minha família, aos amigos presentes mesmo que longe, e àqueles que fazem parte do meu dia-a-dia. A todos os docentes, colegas e funcionários, muito obrigada. Estão no meu coração!

Resumo

Introdução: Apesar dos muitos avanços na área da Odontopediatria, o maior desafio para qualquer Médico Dentista é reduzir ao máximo a ansiedade relacionada com a consulta médico-dentária e fazer com que a criança compreenda e colabore durante o tratamento.

Objetivos: Caracterizar, a nível sociodemográfico, os hábitos de higiene e saúde oral do paciente odontopediátrico, registrar a sua preferência quanto à imagem que consideram mais empática do Médico Dentista e analisar a sua correlação com diversas variáveis.

Material e Métodos: Efetuou-se um questionário projetado para avaliar as preferências das crianças em relação à imagem dos Médicos Dentistas, distribuído numa escola primária, dois jardins-de-infância e na Clínica Universitária da UCP.

Resultados: Participaram 200 crianças (105 do género masculino) com idades compreendidas entre os 3 e os 10 anos. Relativamente à preferência sobre o género do Odontopediatra, 70,5% prefere a Médica Dentista. As crianças que procuraram o clínico, em caso de dor de dentes, mantêm essa escolha (77,8%, $p=0,001$). Crianças do género feminino favorecem a Médica Dentista (86,3%; $p=0,000$) e a bata branca (80,0%; $p=0,008$). Quem pertence a famílias tradicionais tem predileção pela máscara convencional (49,7%), enquanto a máscara infantil prevalece nas outras categorias familiares ($p=0,031$). As crianças que higienizam a cavidade mais frequentemente optam pela máscara convencional (50,0%, $p=0,026$). Quem já visitou a consulta médico-dentária, elege a bata branca (68,2%) enquanto quem nunca visitou prefere a bata azul (66,7%, $p=0,018$).

Conclusões: Os resultados obtidos neste estudo demonstram que as crianças têm perceções e preferências muito específicas quanto ao aspeto do Médico Dentista. Os resultados obtidos constituem informação importante a ter em conta por cada odontopediatra desejoso de melhorar a sua relação com os pequenos pacientes.

Palavras-chave: “Odontopediatria”, “Comunicação Não-verbal”, “Relação Médico-paciente”, “Aparência Física”, “Ansiedade Dentária”.

Abstract

Introduction: Despite the many advances in the Pediatric Dentistry, the biggest challenge for any Dentist is to reduce the anxiety related to dental appointment and to make the child understand, accept and collaborate during treatment.

Aim: Characterize the sociodemographic data, hygiene and oral health habits of the pediatric dentistry patient, record the children preferences for the most empathic image of the Dentist and analyze their correlation with the various variables.

Methods: A questionnaire was distributed in one school, two kindergartens and at the UCP University Clinic.

Results: 200 children were included (105 males) between 3 and 10 years old. Regarding the Pediatric Dentist gender, 70.5% preferred the female dentist. Children who sought the clinician, in case of toothache, maintained choice (77.8%; $p=0.001$). Girls prefer the female dentist (86.3%, $p=0.000$) also the white lab coat is their favourite (80.0%, $p=0.008$). Those who belong to traditional families have a predilection for the conventional protective mask (49.7%), while the pediatric mask prevails in other family categories ($p=0.031$). Children who often practise their oral hygiene opt for the conventional mask (50.0%, $p = 0.026$). Those who have been at the dental appointment in the past, elect the white lab coat (68.2%), while those who have never been prefer the blue coat (66.7%, $p = 0.018$).

Conclusions: The results obtained in this study demonstrate that children have very specific perceptions and preferences regarding the dentist appearance. These results are important information to take into account by each pediatric dentist that desires to improve their doctor-patient relationship with children.

Keywords: "Pediatric Dentistry", " Nonverbal Communication", " Physician-Patient Relationship", "Physical Appearance", "Dental Anxiety".

Índice

Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract.....	xi
Índice	xiii
I – Introdução	2
II – Revisão da Literatura	5
1. Relação Médico-Paciente	7
1.1. Abordagem Empática.....	8
2. A ansiedade em Odontopediatria.....	9
2.1. O papel dos pais e o seu envolvimento na experiência dentária.....	10
2.2. O ciclo vicioso da ansiedade dentária.....	11
3. Controlo de comportamento em odontopediatria	12
3.1. Técnicas não farmacológicas no controlo comportamental	13
3.1.1. Comunicação em Odontopediatria.....	14
3.1.1.1. Linguagem Verbal.....	15
3.1.1.2. Liguagem Paraverbal	16
3.1.1.3. Linguagem Não verbal.....	16
3.1.1.3.1. Aparência física	17
3.1.1.3.2. Cinésica	17
III – Objetivos	18
IV – Materiais e Métodos	18
V – Resultados.....	18
VI – Discussão	18
VII – Conclusões.....	18
VIII – Referências Bibliográficas	18
IX – Anexos	18

Lista de Abreviaturas

AAPD – American Academy of Pediatric Dentistry

CPOD – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (Dentição Definitiva)

cpod – Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (Dentição Decídua)

DGS – Direção Geral de Saúde

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

RMP – Relação Médico Paciente

UCP – Universidade Católica Portuguesa

I – Introdução

Um dos grandes desafios da Medicina Dentária é a não colaboração por parte dos pacientes durante os procedimentos dentários. A área da Odontopediatria é, neste caso, ainda mais emblemática. As dificuldades sentidas neste domínio estão relacionadas não apenas com os procedimentos técnicos envolvidos no tratamento, mas também com os diferentes problemas emocionais experimentados pelas crianças. (1) Durante o tratamento dentário observa-se frequentemente ansiedade e medo, que podem ter origem numa experiência traumática anterior no consultório médico dentário. (2) Estes problemas são reconhecidos em muitos países como um dilema de saúde pública, (3) uma vez que para além da dificuldade em executar os procedimentos técnicos por parte dos dentistas, a criança pode recusar de forma parcial ou total os tratamentos dentários, contribuindo para a deterioração da sua saúde oral. (4)

O controlo de comportamento em Odontopediatria é gerido pelo Médico Dentista no consultório, através de estratégias específicas que tornam possível proporcionar o tratamento de forma eficaz a uma criança. (5) Primeiramente, o clínico deve pressagiar a atitude que a criança possa adotar na consulta, de forma a facilitar a personalização da técnica de controlo de comportamento a ser usada em cada caso. (6)

As técnicas não-farmacológicas são técnicas de gestão comportamental que auxiliam a superar o medo e a ansiedade. (7) A comunicação não-verbal, considerada uma técnica psicológica, constitui um grupo dessas técnicas. Sob a forma específica de aparência física (8) de um profissional de saúde, pode desempenhar um papel importante nas relações médico-paciente. O profissionalismo pode ser retratado através de uma aparência adequada, com base em códigos não-verbais, aumentando os sentimentos de conforto e confiança dos pacientes e levando a uma experiência dentária mais agradável. (9)

Estabelecer uma relação amigável com o dentista pode aliviar medos comuns, como a visão da agulha anestésica e a visão, o som e a sensação da turbina, que demonstraram provocar ansiedade. As crianças que têm interações positivas com o seu Médico Dentista são menos propensas a desenvolver medo dos clínicos e sofrem menos ansiedade durante as consultas. Como resultado, estarão mais dispostas a visitar o Médico Dentista em adultas e, conseqüentemente, terão melhor saúde dentária e geral. (10)

Em ordem a encontrar soluções para a problemática supracitada, o intuito deste estudo consiste em verificar de que forma as características (de foro

sociodemográfico, hábitos de higiene oral, cuidados de saúde oral e influência parental) da criança influenciam a sua preferência pela imagem do Médico Dentista, apontando, portanto, a imagem que consideram mais empática.

A presente dissertação encontra-se organizada em diferentes capítulos, iniciando-se com uma introdução teórica ao tema a desenvolver, seguida da metodologia e materiais implementados e utilizados para a obtenção de resultados, sucedendo-lhe a discussão dos mesmos e as conclusões alcançadas pela comparação com a revisão bibliográfica efetuada; por fim, apresentamos as referências bibliográficas consultadas, bem como, em anexo, o questionário aplicado e o termo de consentimento informado. É importante que os clínicos estabeleçam uma relação amigável com os pacientes, especialmente crianças, de modo a reduzir o medo e ansiedade destas e conseguir um tratamento dentário eficaz, sem recorrer a métodos mais invasivos como a sedação ou anestesia geral.

II – Revisão da Literatura

1. Relação Médico-Paciente

De acordo com Verlind *et al.*, a relação médico-paciente (RMP) constitui a interação interpessoal estabelecida entre o médico e o paciente, na qual a comunicação permite um maior nível de satisfação e colaboração. (11) Esse relacionamento engloba quatro elementos-chave que estabelecem a base da RMP, tais como o conhecimento mútuo, a confiança, a lealdade e o respeito. O conhecimento mútuo refere-se ao conhecimento do médico sobre o paciente, bem como ao conhecimento do médico pelo paciente. A confiança envolve a convicção do paciente na competência e no cuidado do médico, bem como a confiança do médico no paciente e suas crenças e relato de sintomas. A lealdade é alusiva à disposição do paciente de perdoar um médico por qualquer inconveniência ou erro e ao compromisso do médico de não abandonar um paciente. O respeito implica que os pacientes sintam que o médico está “do lado deles”. (12)

A importância da comunicação entre o médico e o paciente é tal que a própria comunicação demonstra ser fundamental no processo de aceitação da doença pelo utente que a suporta. Deste modo, há necessidade de uma apropriada transmissão da informação acerca do estado do paciente que eventualmente vai influenciar, de forma positiva, a reação do utente perante a sua doença. (13)

O médico deverá ser dotado de determinadas características que vão levar a uma interação médico-paciente mais eficaz e bem-sucedida, tais como: a empatia, a continência, a humildade, o respeito das diferenças, a curiosidade e a capacidade em conotar positivamente. (14)

No que diz respeito à Medicina Dentária, mais especificamente em Odontopediatria, a postura do Médico Dentista, quer dirigida à criança, quer aos pais, estabelece a qualidade do decurso da consulta. O Profissional de saúde deve estar capacitado para prever as reações mais comuns da criança face a determinados procedimentos dentários e ter conhecimento sobre qual a conduta mais adequada a adotar, além da perícia técnica para executar os procedimentos clínicos. (15) Da mesma forma, o Médico Dentista deve promover uma relação médico-paciente de confiança, realçando que se trata de um trabalho de equipa, no qual estão envolvidos o Médico Dentista, a criança e os respetivos pais, além do papel que a restante equipa dentária, como os rececionistas e os assistentes, desempenham nesta interação (*Figura 1*). (16)

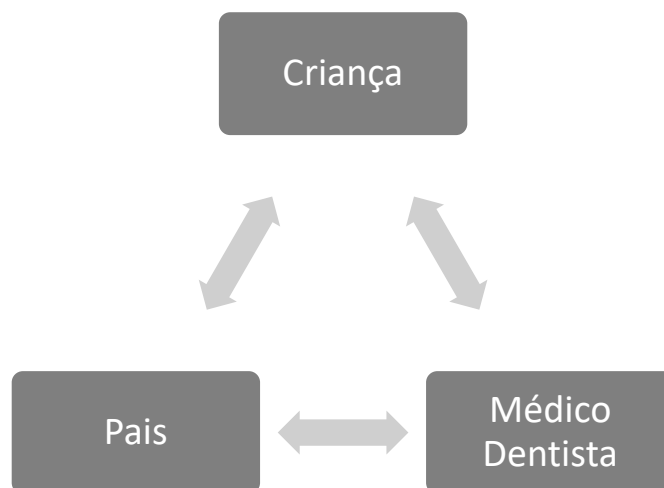


Figura 1 - Representação do triângulo de Inter-Relação no contexto da Odontopediatria.

Segundo Bottan *et al.*, a atitude do Médico Dentista é a chave principal para o sucesso da consulta odontopediátrica, dado que a criação da empatia contribui para o controle da ansiedade. (17)

1.1. Abordagem Empática

A empatia é descrita, de acordo com a literatura, como a capacidade de um indivíduo se colocar no lugar de outro, incluindo a capacidade de sentir e experimentar a situação que a pessoa enfrenta. (18) O estabelecimento de relações empáticas aumenta a facilidade com que os doentes fornecem dados de relevância clínica e a sua adesão aos tratamentos; foi também documentada uma associação inversa entre empatia e incidência de queixas por alegada má prática médica. (19)

No contexto de medicina dentária e seguindo a linha de pensamento empírica, a empatia não só é descrita para a pessoa que demonstra empatia (neste caso, o Médico Dentista), mas também se a pessoa que poderá vivenciar uma experiência negativa (neste caso, a criança) tem percepção de empatia na RMP. O paciente precisa acreditar que está a receber uma resposta empática do Médico Dentista. (20)

2. A ansiedade em Odontopediatria

O termo “ansiedade dentária” é alternadamente utilizado para descrever um sentimento de apreensão, mas também medo ou até fobia dentária. Segundo Silva “a verdade é que a diferença entre medo e a ansiedade parece ser apenas na intensidade, pois a ansiedade está intimamente relacionada com o medo, uma vez que se assume como uma das respostas a alguma ameaça”. (21)(p.34)

Em Odontopediatria, existem diversos tipos de ansiedade que comprometem a normal sequência da consulta dentária.

O medo do desconhecido está presente nas crianças mais pequenas, que nunca visitaram o consultório médico-dentário. Os problemas de comportamento associados a este modelo de ansiedade são considerados normais, dado que a criança é sujeita a inúmeras novas vivências que não fazem parte do seu quotidiano. Colocada num contexto completamente desconhecido, a criança pode efetivamente, ao deparar-se com a falta de controlo, manifestar timidez, sentir vergonha ou até ter crises de ansiedade. (22)

A ansiedade por antecipação também constitui uma dificuldade intrínseca às consultas de Odontopediatria. Estudos indicam que a vivência de experiências prévias de dor de dentes ou trauma é o principal fator de indução deste paradigma. (23) Também conhecida como ansiedade pós-traumática, resulta da memória de experiências prévias desagradáveis, sendo exteriorizada sempre que a criança é exposta à mesma ameaça. (24)

Outro exemplo, a ansiedade de separação, é considerada uma desordem diagnosticada na infância e representa um sentimento de medo de perda no momento da separação da mãe.

Em qualquer uma destas circunstâncias de ansiedade, a criança pode adotar um comportamento provocador (como o choro, birra, vontade de ir ao WC, queixas de dores de estômago e cabeça) ou pode demonstrar uma atitude reprimida pelo medo, apresentando sinais de indiferença, como o desvio do olhar ou a fixação de um ponto longe dessa direção, não respondendo a questões colocadas pelo profissional de saúde. (16)

2.1. O papel dos pais e o seu envolvimento na experiência dentária da criança

O papel parental influencia o comportamento dos seus filhos no consultório dentário de diversas formas. (25) Kanwal *et al.* vão ainda mais longe e sugerem que a atitude familiar é o fator que mais influencia a experiência dentária das crianças. (26) Uma das formas é a ansiedade por contágio, na qual uma percepção negativa é passada de um membro da família para outro. (27) Isto significa que os pais cuja experiência dentária foi negativa enquanto pacientes podem transmitir a sua própria ansiedade dentária à criança, afetando adversamente a sua atitude e resposta aos cuidados médicos. (28) Sabe-se que embora todos os membros da família tenham um papel preponderante no comportamento da criança em ambiente clínico, a mãe parece ser o membro da família mais influente. Isso ocorre porque a relação mãe-filho é crucial no desenvolvimento primitivo da criança e a mãe pode ser um determinante de uma reação de ansiedade numa criança. (29) As mães contribuem para o desenvolvimento da ansiedade, mesmo que involuntária, através de vias de modelação, informação, reforço ou mesmo através de formas subtis de comunicação não-verbal. (30)

De acordo com Muris *et al.*, muitos adultos que têm medo do tratamento dentário frequentemente verbalizam esses desgostos e medos diante dos seus filhos, o que constitui um modelo no qual eles baseiam o seu comportamento. (31) As crianças são impressionáveis e, portanto, suscetíveis a imitar modelos no seu ambiente. (27)

As dificuldades socioeconómicas podem levar a problemas de adaptação dos pais, como depressão, ansiedade, irritabilidade, abuso de substâncias e violência. A depressão dos pais pode resultar em menor proteção, cuidado e disciplina para a criança, colocando, assim, a criança em risco de uma ampla variedade de problemas emocionais e comportamentais. (32)

Stigers defende que é indispensável educar a atitude dos pais face à Medicina Dentária, de modo a motivar uma relação de confiança entre os pais, a criança e o Médico Dentista. Ao mesmo tempo, a instrução dos pais funciona como estratégia de controlo da ansiedade parental e da criança, o que determina o desenvolvimento das consultas futuras. (33)

2.2. O ciclo vicioso da ansiedade dentária

Atualmente encara-se a ansiedade dentária como um problema imperativo na população infantil, dado que, para além de tornar difícil executar procedimentos técnicos, gera a rejeição parcial ou mesmo completa dos tratamentos dentários, levando à degradação da saúde oral. (4) As crianças com maior nível de ansiedade dentária apresentam um maior número de dentes cariados e, por consequente, uma maior quantidade de cáries não submetidas a tratamento. (3)

Armfield *et al.* (34) sugerem que a ansiedade dentária se traduz num componente perentório num ciclo de desvantagem de cuidados dentários, uma vez que, se os indivíduos ansiosos evitam os cuidados dentários e, assim, pioram os seus problemas, vão aumentar a probabilidade de que as consultas posteriores sejam por motivos de urgência (Figura 2).

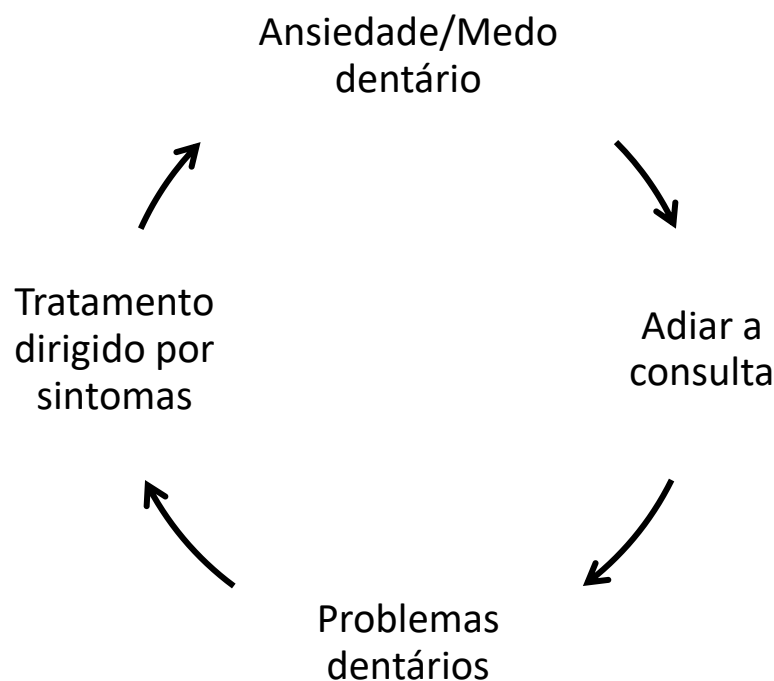


Figura 2 - Representação ciclo vicioso da ansiedade dentária. Adaptado de Armfield e Heaton (35)

De acordo com Rantavuori *et al.*, a maioria das crianças que desenvolvem ansiedade nas primeiras consultas, devido a experiências desagradáveis ou procedimentos dentários dolorosos, tendem a recorrer aos cuidados de saúde oral apenas em último caso. (36) Da mesma forma, as vivências positivas nas

consultas seguintes têm um impacto substancial na percepção da criança sobre a consulta, na medida em que ajudam a criança a diminuir a sua ansiedade. (20)

3. Controlo de comportamento em odontopediatria

Um grande número de Médicos Dentistas considera as crianças não colaborantes como um dos enigmas mais problemáticos na clínica dentária, sendo que as dificuldades podem ser de tal forma graves que desencorajam os clínicos a atender tais crianças. (28)

De acordo com Riba *et al.*, Frankl (em 1962) desenvolveu uma escala de 4 estadios (37) que visa avaliar o comportamento dos pacientes odontopediátricos e é utilizada até aos dias de hoje, estando categorizada em definitivamente negativo, negativo, positivo e definitivamente positivo. O nível 1, denominado definitivamente negativo, corresponde ao tipo de paciente que recusa o tratamento, com um choro forçado, demonstração de medo ou qualquer outra evidência de negativismo extremo. O nível 2, correspondente ao negativo, classifica o paciente com relutância em aceitar tratamento, não cooperativo, com alguma evidência de atitude negativa, mas não pronunciada. No nível 3, relativo ao comportamento positivo, estamos perante um paciente que aceita o tratamento, adotando um comportamento cauteloso, mas seguindo cooperativamente as orientações do Médico Dentista. Finalmente, o nível 4, corresponde ao estadio definitivamente positivo, em que existe um bom relacionamento com o dentista e a criança demonstra interesse nos procedimentos dentários.

Técnicas de orientação comportamental são usuais para aliviar a ansiedade, nutrir uma atitude dentária positiva e realizar cuidados de saúde oral de qualidade com segurança e eficácia nos pacientes odontopediátricos. A seleção destas técnicas deve ser adaptada às necessidades do paciente individual e às competências do próprio médico. (38) O Comité Científico da Academia Americana de Odontopediatria (AAPD) preconiza diretrizes sobre estas técnicas, não só para educar os Médicos Dentistas, mas também os pais. Essas técnicas estão categorizadas em técnicas farmacológicas e técnicas não-farmacológicas. (39) As intervenções farmacológicas abrangem a sedação, através da administração de óxido nítrico e outros agentes administrados por uma grande diversidade de meios, frequência, tempo e combinações. (40) A anestesia geral tem sido proposta como uma intervenção farmacológica alternativa, embora

atualmente seja desencorajada, devido aos efeitos colaterais que podem provocar, tais como náuseas e dor de cabeça. (41)

3.1. Técnicas não farmacológicas no controlo comportamental

Quanto às intervenções não farmacológicas, estas podem ser agrupadas em técnicas de modificação comportamental, técnicas de enfoque físico (técnicas aversivas) e técnicas de comunicação.

As técnicas de modificação comportamental visam instruir nas crianças, em simples e pequenos passos, o comportamento ideal que se espera delas durante a consulta.

- Reforço positivo: o comportamento desejado é incentivado pela recompensa com elogios, e o comportamento indesejável é desencorajado, ignorando-o; (39)

- Dessensibilização: tem o intuito de ajudar as crianças a superar medos específicos ou fobias através de contatos repetidos. O paciente odontopediátrico é exposto a uma hierarquia de estímulos que considera intimidantes. Esses estímulos são-lhe apresentados por ordem, sendo primeiro o menos ameaçador. Esta é uma técnica útil para superar um medo específico, por exemplo, a anestesia local; (6,39)

- Dizer-mostrar-fazer: esta técnica é bastante utilizada para familiarizar o paciente com um novo procedimento, minimizando o medo do desconhecido e conseqüentemente a ansiedade antecipatória. Tal como o nome da técnica indica, esta é sequenciada: primeiramente, o Médico Dentista explica ao paciente o que está prestes a acontecer (levando em consideração a idade do paciente, portanto, usando uma linguagem que este entenderá, evitando utilizar termos profissionais), em seguida exemplifica o procedimento no seu dedo ou num modelo dentário até que a criança consiga compreender e, finalmente, realiza o tratamento na boca do paciente; (39,42)

- Imitação: consiste em colocar o paciente a assistir a um vídeo ou, se existir oportunidade, a observar outra criança com idade semelhante ou um irmão mais velho a ser “sujeito” a procedimentos dentários com o comportamento desejado. (39)

- Distração: a distração tem como principal objetivo desviar a atenção do paciente para longe do procedimento dentário. Geralmente os recursos desta técnica são a música, desenhos animados ou histórias infantis. Frequentemente

os Médicos Dentistas conversam com os seus pacientes enquanto trabalham de modo a que estes os escutem, em vez de se concentrarem no procedimento. Outra técnica de distração praticada diariamente é, por exemplo, puxar o lábio e conversar com o paciente ao aplicar o anestésico local. (39,43)

As técnicas de enfoque físico, por sua vez, abrangem as técnicas de restrição física. Regra geral, estas técnicas são controversas e apenas se praticam em alguns países, uma vez que são pouco aceites pelos pais ou responsáveis legais. Esta abordagem deve ser limitada a situações clínicas raras e críticas, onde não há outra possibilidade de intervenção. É de extrema importância que a criança não percecionem estes métodos como uma punição face ao seu mau comportamento, mas como uma forma de controlo, por parte do profissional de saúde, para que a consulta decorra da melhor forma possível e em segurança. A restrição física caracteriza-se, como o nome indica, pelo movimento restrito forçado do paciente. Este modelo utiliza-se quando as técnicas de modificação comportamental ou de comunicação falharam, quando a criança tem um comportamento negativo persistente, ou ainda em crianças com necessidades especiais, dependendo da urgência da situação clínica. (44)

Contudo, a aplicação de qualquer tipo de técnica de controlo de comportamento, à exceção da comunicação, não pode ser realizada por iniciativa própria do Médico Dentista. Uma vez que a comunicação é a única técnica que não detém contraindicações, os pais têm o direito a serem informados acerca dos riscos e benefícios de cada método e de fazerem todas as questões necessárias para o seu total esclarecimento. Para tal efeito existe um consentimento informado que terá de ser assinado pelos pais, de forma a autorizar o médico a utilizar as técnicas necessárias ao controlo do comportamento da criança. (45)

3.1.1. Comunicação em Odontopediatria

Relativamente à proveniência do termo comunicação, sabe-se que advém do latim e, consoante Capucho, a palavra comunicar significa, em toda a sua extensão, “pôr em comum; partilhar”. Porém parece que, ao longo dos séculos, temos vindo a distanciarmo-nos do significado primordial e que “comunicar” se aproxima cada vez mais de “transmitir”. (46)

Law e Blain afirmam que a comunicação tem uma dupla intenção na gestão do comportamento infantil. Por um lado, tem um papel preventivo, criando um ambiente no qual a criança vai entrar. Mais tarde, torna-se parte integrante das estratégias de gestão comportamental. A comunicação é o mecanismo pelo qual o Médico Dentista transmite a natureza da relação com os pais e a criança, transmite as expectativas de todas as partes, e os parâmetros do tratamento. (47) Wurster *et al.* asseguram que o comportamento da criança depende dos padrões de comunicação do Médico Dentista, daí a sua extrema importância. (48)

Um dos problemas encontrados no consultório médico-dentário a nível da comunicação engloba os equipamentos de proteção individual, incluindo a viseira e a máscara, que apesar de serem ótimas ferramentas de proteção contra a infeção primária, constituem uma barreira física na comunicação. As crianças têm dificuldade em ouvir as instruções verbais e não conseguem observar as expressões faciais do Médico Dentista. (49,50)

As técnicas de comunicação envolvem tanto a linguagem verbal como a linguagem paraverbal e ainda a linguagem não-verbal.

3.1.1.1. Linguagem Verbal

A comunicação verbal é a que consiste na troca de palavras entre os indivíduos e o uso de sinais. Para uma melhor compreensão do conceito de linguagem verbal, vejamos a definição proposta por de Franco, Reis e Gil: “é um sistema convencional de símbolos arbitrários e de regras de combinação dos mesmos, representando ideias que se pretendem transmitir através do seu uso e de um código socialmente partilhado, a língua.” (51) (p.16) Portanto, é necessária a utilização de códigos, as denominadas línguas. No fundo, entende-se linguagem como a propriedade universal dos indivíduos aquando da construção e uso desses códigos. (52) Sarnat *et al.* afirmam que a comunicação verbal desempenha um papel preponderante na relação entre o Médico Dentista e a criança. O profissional de saúde deve educar e ensinar a criança a colaborar e motivá-la para cuidar da sua saúde oral. (53)

A seleção do vocabulário influencia o estado emocional da maioria das crianças, por isso é conveniente que durante a conversação as mensagens transmitidas sejam claras e adequadas à faixa etária. A linguagem verbal

pediátrica implica o uso de palavras adequadas a crianças, em que devemos incidir especialmente nos seus gostos e atividades de lazer. (48)

O Médico Dentista deve, portanto, substituir as palavras com conotações negativas, de ansiedade, por expressões prudentes. Da mesma forma, deve utilizar eufemismos durante a explicação dos procedimentos dentários, uma vez que os conceitos profissionais constituem sinais de alerta de perigo na mente da criança, levando à criação de ansiedade. (33)

3.1.1.2. Linguagem Paraverbal

A linguagem paraverbal estuda os sinais vocais, ou seja, tudo o que se adiciona à linguagem e que ajuda a processar a maneira como o discurso é transmitido. Pode ser dividida em duas partes: as qualidades vocais (desde o ritmo à ressonância, articulação, etc.) e as vocalizações (que incluem o choro, riso, silêncio, etc.). (54)

Estão aconselhadas alterações controladas do tom e volume da voz, uma vez que captam a atenção e direcionam o comportamento do paciente odontopediátrico. A mudança súbita no tom de voz, associada a uma expressão facial severa, e a uma diretiva explícita, pode ajudar a prevenir a deterioração do comportamento de uma criança. (53)

3.1.1.3. Linguagem Não verbal

Os tipos de sinais não-verbais que podem ser decodificados durante uma interação são: os objetos, adornos e características físicas (aparência física), e os movimentos e postura corporal (cinésica).

A linguagem não-verbal efetua-se de forma subconsciente, sendo bastante eficaz quando articulada com as mensagens verbais; contudo, carrega por si só um acentuado significado simbólico, o que permite facilmente obter a colaboração por parte da criança. (53)

A imagem desempenha um papel fundamental no consultório dentário; devemos dirigir-nos à sensibilidade do paciente e provocar-lhe uma reação, uma vez que temos a possibilidade de associar a percepção visual à palavra.

Segundo Tente., “(n)uma consulta onde predomine a linguagem não verbal por parte do médico, existe sempre uma aproximação à imagem ao longo do processo comunicativo. As imagens constituem uma pré-linguagem, são mais flexíveis, mais convincentes e, sobretudo, mais acessíveis, dispensando, muitas das vezes, a palavra, quando são suficientemente sugestivas e autónomas. A imagem pode também exercer um impacto elevado sobre as palavras, auxiliando à descoberta do seu significado, pelo que a relação imagem-palavra é, assim, de complementaridade.” (55)(p.49)

A conceção da imagem do Médico Dentista influencia a sua reação face aos tratamentos dentários, sendo as características pessoais sobrevalorizadas comparativamente às características profissionais. (17)

3.1.1.3.1. Aparência física

A aparência física (características corporais como o cabelo e a pele, mas também adornos como vestuário, maquilhagem, acessórios e pelos faciais) constitui o primeiro elemento não-verbal detetado num primeiro encontro. (54) Goffman concluiu que um indivíduo é capaz de expressar algumas características pessoais através da aparência física. (56) Sabe-se que a aparência e a indumentária constituem parte dos estímulos não-verbais que influenciam as respostas interpessoais e que determinam tais respostas, em certas condições. O vestuário pode proporcionar informações relativamente à personalidade e ao estado de espírito, à idade, género, nacionalidade, relação com o género oposto, status socioeconómico, identificação com um grupo específico, profissão, humor, atitudes, interesses e valores. (56)

No contexto de Medicina Dentária um paciente, ao visualizar um médico-dentista bem arranjado e com bata imaculada, associará higiene do consultório assim como competência profissional do médico. Na mesma medida, o paciente vai tender a associar o médico pelo qual vai ser consultado à instituição ou clínica.

3.1.1.3.2. Cinésica

A cinésica corresponde ao conjunto de movimentos que englobam gestos, movimentos corporais, expressões faciais, movimentos oculares e postura. (1)

Estes movimentos expressam, de forma voluntária ou não, os nossos desejos, sentimentos ou angústias.

Relativamente à consulta de Medicina Dentária, é importante que o profissional de saúde detete os gestos de ansiedade do paciente. A observação da linguagem corporal da criança é necessária para confirmar a mensagem recebida e avaliar o nível de conforto e dor. (57) O médico dentista deve também controlar a sua própria produção gestual para evitar gestos involuntários, que possam ser involuntariamente interpretados com uma agressão do território íntimo do paciente. (54) As expressões faciais constituem uma ferramenta de extrema importância na consulta de Medicina Dentária, nomeadamente o sorriso. (54)

O Médico Dentista consegue perceber o grau de ansiedade do paciente odontopediatra, através de certos sinais da cinésica como a posição dos seus pés. A posição de pés cruzados, adotada pela criança, traduz-se numa posição relaxada. (50)

III – Objetivos

Este estudo estrutura-se sobre as seguintes tarefas: preenchimento de um questionário visando avaliar a preferência da imagem do Médico Dentista durante as consultas odontopediátricas; análise da relação entre a escolha e a idade da criança, o género, o perfil socioeconómico, os hábitos de higiene oral, as experiências prévias no dentista e influência da ansiedade da mãe, ou outros familiares. A partir deste questionário, pretendemos realizar a caracterização social, de hábitos de higiene e saúde oral do paciente odontopediátrico, registar a preferência das crianças quanto à imagem do Médico Dentista que consideram mais empática e analisar a sua correlação com as diversas variáveis.

Resumindo, propõem-se os seguintes objetivos específicos:

1. Inferir se o género da criança tem preponderância na sua perspetiva sobre o Odontopediatra;
2. Analisar se a idade do paciente odontopediatra influencia a perceção da imagem do Profissional Médico Dentista;
3. Determinar a influência dos restantes dados sociodemográficos, como o local de habitação, o agregado familiar e as habilitações literárias dos pais na criação de empatia com o profissional de saúde;
4. Verificar de que forma os hábitos de higiene das crianças estabelecem uma relação com a sua preferência relativamente ao aspeto físico e vestuário clínico;
5. Concluir se a experiência no consultório médico-dentário incute de alguma forma uma escolha sobre a imagem do clínico;
6. Analisar qual a imagem do profissional de saúde que as crianças ansiosas, com história de dor de dentes, melhor valorizam;
7. Avaliar se existem experiências negativas prévias na consulta dentária e se o motivo a elas associado determinou uma conceção específica acerca da aparência do Médico Dentista.
8. Estimar de que forma a ansiedade por contágio pode estabelecer uma relação com a eleição da aparência do Odontopediatra.

IV – Materiais e Métodos

1. Caracterização do Estudo

Esta dissertação é sustentada por um estudo epidemiológico observacional transversal, através da aplicação de questionários formulados a uma amostra de crianças no distrito de Viseu, para avaliar especificamente a sua preferência relativa à imagem do Odontopediatra.

2. Caracterização da Amostra

Os participantes no estudo são crianças que compareceram na consulta de Odontopediatria da Clínica Dentária da Universidade Católica Portuguesa (UCP) de Viseu, que frequentam uma escola primária e dois jardins-de-infância no distrito de Viseu.

A recolha de dados iniciou-se na terceira semana do mês de janeiro e terminou na primeira semana do mês de março, no ano 2018.

Foram excluídos os questionários cujo consentimento informado não foi assinado pelos respetivos pais ou encarregados de educação; as crianças com idade inferior a três e superior a dez anos; as crianças que conheciam previamente os intervenientes que participam nas fotografias do estudo.

A amostra final foi composta por 200 crianças que responderam ao questionário na sua totalidade.

3. Recolha de Dados

A recolha de dados realizou-se através de um questionário (*Anexo I*) destinado à criança, composto por três secções distintas de perguntas simples e diretas, em que a primeira e segunda parte foram preenchidas com o auxílio dos respetivos pais ou responsáveis legais; as respostas à terceira secção foram da exclusiva responsabilidade do paciente odontopediátrico, tendo a intervenção dos adultos surgido apenas para auxiliarem as crianças a compreenderem as instruções dadas.

A primeira secção é constituída pela recolha de dados referentes à caracterização sociodemográfica da criança, na qual são questionados os dados

como a idade e género, o meio onde habitam e os aspetos mais relevantes acerca da condição socioeconómica familiar, como as habilitações literárias e a profissão dos pais.

Na segunda secção estão estabelecidas questões que permitem a caracterização dos hábitos de higiene oral diária, a procura de cuidados de saúde oral e questões relativas à ansiedade em ambiente clínico ou existência de experiências prévias traumáticas na consulta médico dentária e a influência da ansiedade parental na criança.

No intuito de avaliar a perceção das crianças foram escolhidas duas fotografias padrão para ambos os médicos dentistas, em que o interveniente sorri e utiliza como indumentária a bata branca, por ser considerada a imagem habitual do Médico Dentista convencional.

Os intervenientes, que participam voluntariamente nas fotografias, são dois alunos do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária com 22 anos, sendo um do género feminino e outro do género masculino.

As fotografias foram obtidas através da câmara *Canon EOS 600D*[®] e as imagens foram editadas no programa de edição de imagem *Adobe Illustrator CC*[®].

Na terceira secção é solicitado ao paciente odontopediátrico que escolha se preferia ser atendido, numa consulta, por uma Médica Dentista ou por um Médico Dentista (*Figura 3*).

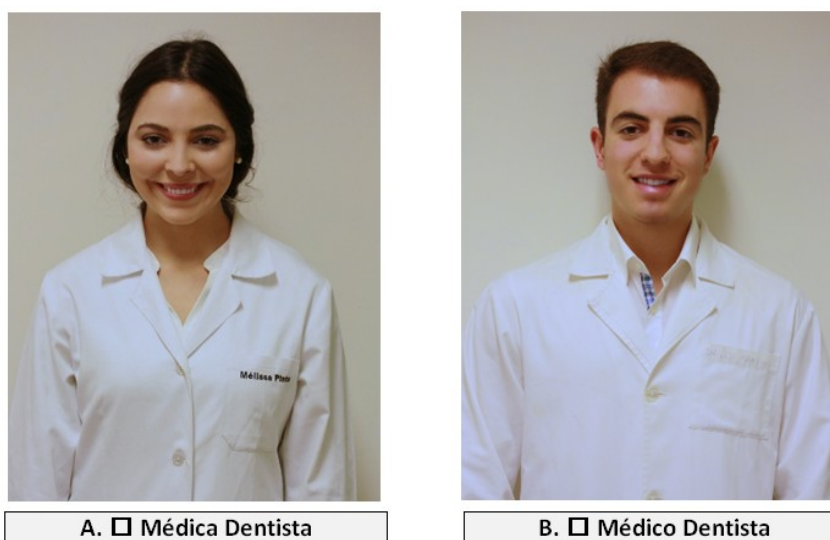


Figura 3

Esta secção apresenta-se fracionada em duas subsecções.

Na primeira subsecção, destinada às crianças que preferem ser atendidas por uma Médica Dentista, existem 8 alíneas, onde é inquirido às crianças que respondam a todas as alíneas com a pergunta “Preferias ser atendido(a) por qual Médica Dentista?” e são instruídas a responder apenas uma opção.

A primeira alínea é constituída por três fotografias (*Figura 4*) da Médica Dentista, em que a opção A corresponde à profissional de saúde com um sorriso saudável, a opção B corresponde a um sorriso cujos dentes apresentam uma coloração amarelada e na opção C verificamos um sorriso cariado.



Figura 4

A segunda alínea contém três fotografias (*Figura 5*), em que a primeira corresponde à Médica Dentista sem qualquer tipo de maquilhagem, na segunda fotografia observamos uma maquilhagem suave e na terceira é possível notar uma maquilhagem exagerada.



Figura 5

Na terceira alínea verifica-se novamente três fotografias (*Figura 6*), em que na opção A existe a imagem padrão, a opção B é constituída pela presença de máscara de proteção individual convencional e na opção C a Médica Dentista usa uma máscara de proteção individual infantil/odontopediátrica.



Figura 6

A alínea quatro é estabelecida por duas opções (*Figura 7*), em que a opção A é representada pela fotografia padrão e a opção B, diferencia-se pela expressão facial mais séria, ou seja, ausência do sorriso da Médica Dentista.

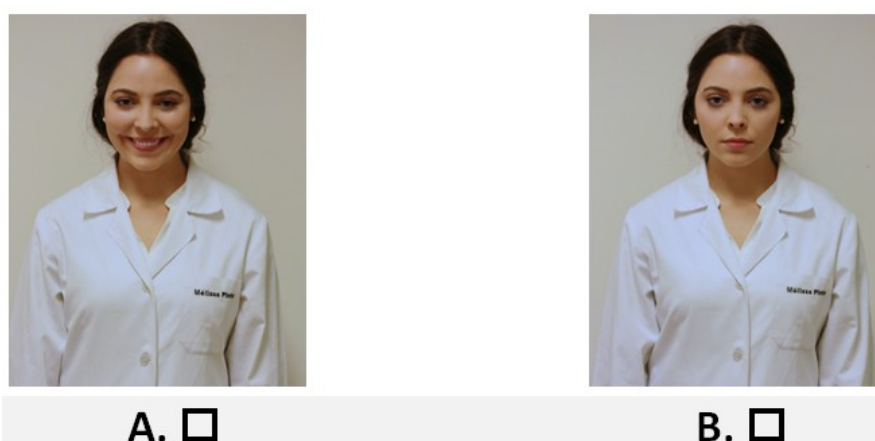


Figura 7

Na quinta alínea, são oferecidas as opções entre a convencional bata branca como opção A e a bata colorida como opção B (*Figura 8*).

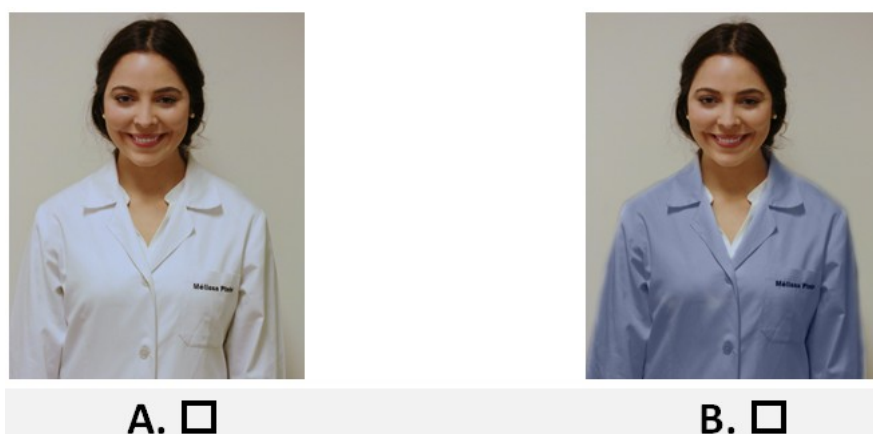


Figura 8

Na sexta alínea apresenta-se novamente duas fotografias (*Figura 9*), em que, na opção A, se observa a imagem padrão e, na opção B a Médica Dentista usa óculos graduados.

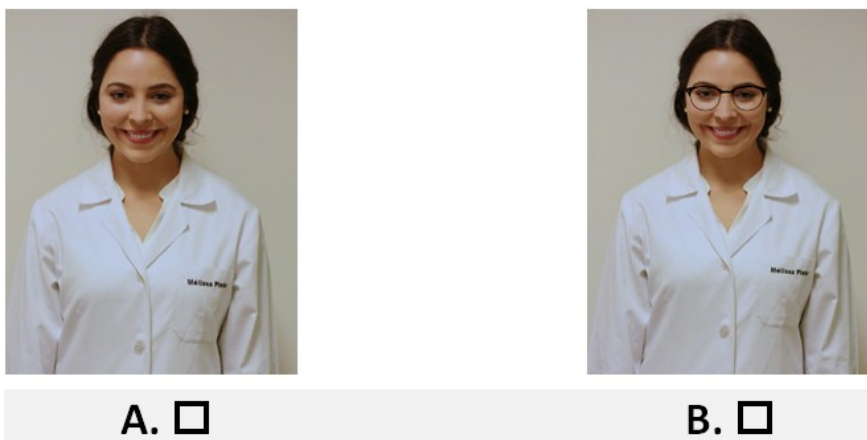


Figura 9

A alínea sete é constituída por duas opções (*Figura 10*), em que a opção A é representada pela fotografia em que a médica utiliza a máscara de proteção individual convencional, diferindo da opção B pela não utilização da viseira de proteção.

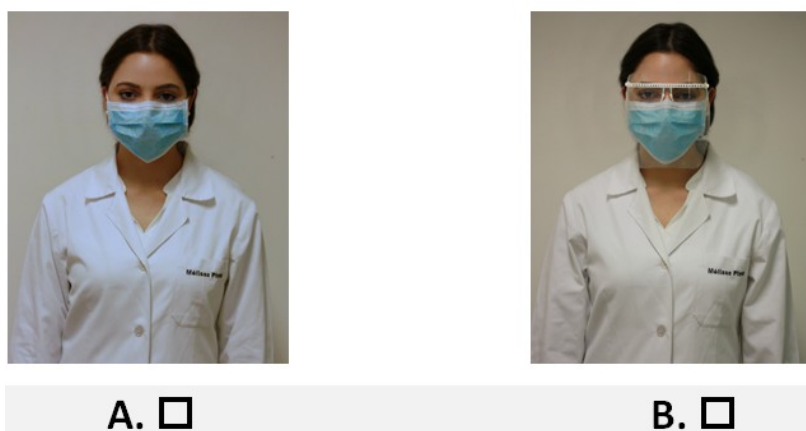


Figura 10

E finalmente, a oitava alínea é constituída por duas fotografias (*Figura 11*) da Médica Dentista, em que a opção A corresponde à profissional de saúde com a máscara de proteção individual convencional sem utilizar a touca de proteção, que difere da opção B, uma vez que nesta opção a médica também utiliza touca de proteção.

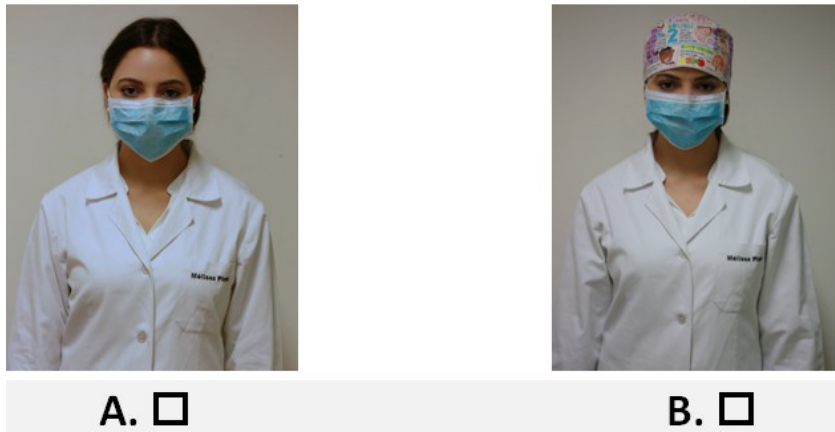


Figura 11

Na segunda subsecção, destinada às crianças que preferem ser atendidas pelo Médico Dentista, à semelhança da primeira subsecção, existem 8 alíneas, onde é inquirido às crianças que respondam a todas as alíneas com a pergunta “Preferias ser atendido(a) por qual Médico Dentista?” e são instruídas a responder apenas a uma opção.

As principais diferenças entre a primeira e a segunda subsecção é o género do médico e a segunda alínea, onde é analisada a aparência do médico quanto à utilização de barba (*Figura 12*). Nesta alínea, composta por três fotografias, avalia-se três aspetos físicos. A primeira fotografia é a fotografia padrão, onde o médico não apresenta barba, na segunda fotografia apresenta barba curta e na terceira exhibe uma barba cerrada.



Figura 12

4. Análise estatística

Os dados recolhidos foram introduzidos no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS versão 24) [®] para o Windows 10, com a finalidade de criar a base de dados necessária para o processamento e análise dos dados.

Na análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva adequada a cada variável, recorrendo à análise de frequências absolutas e relativas.

Para a análise da associação entre variáveis qualitativas recorreu-se ao teste do Qui-Quadrado de Pearson. Este apresenta alguns requisitos, sem os quais não pode ser aplicado, nomeadamente o facto de não poder haver mais do que 20% das células da tabela cruzada com valores esperados inferiores a 5% e não poder haver valores esperados inferiores a 1. Este teste apresenta hipótese nula (H0), quando as variáveis são independentes. Existe evidência científica que as variáveis estão relacionadas quando o p-value associado ao teste é inferior ao nível de significância determinado, ou seja, quando $p\text{-value} < 0,05$.

Nos casos em que o teste do Qui-Quadrado da Independência não pode ser aplicado, recorreu-se ao teste da Correção de Continuidade (Continuity Correction), válido para aplicar em tabelas 2×2.

Em todos os testes utilizou-se um nível de significância de significância de 5%, ou seja, considera-se que existe diferença estatisticamente significativa quando valor de $p < 0,05$.

A intensidade da relação entre as variáveis é dada pelo coeficiente de Cramer. Este é uma medida de associação entre duas variáveis medidas numa escala categórica, podendo assumir valores entre 0 e 1. O valor 0 corresponde a ausência de relação entre as variáveis, valores próximos de zero representam associações fracas e valores próximos de 1 correspondem a relações fortes.

Para os resultados apenas foram consideradas as variáveis cruzadas, que apresentavam uma relação estatisticamente significativa, independentemente da sua intensidade.

5. Procedimentos Legais e Éticos

Foi aplicado um termo de consentimento informado inerente ao questionário distribuído (Anexo II) entregue aos pais ou responsável legal.

No consentimento informado estão indicados os fins dos dados a serem recolhidos, informações sobre o tipo de questionário (voluntário, não acarreta quaisquer custos, existe a possibilidade de retirar o consentimento informado da participação em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis), esclarecimentos acerca do anonimato e confidencialidade (de acordo com a lei nº 67/98 de 26 de Outubro - relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados).

Os pais ou responsáveis legais das crianças participantes foram instruídos a completar e a auxiliar as crianças a responder ao questionário nas áreas para o efeito.

V – Resultados

1. Caracterização da amostra e dos dados sociodemográficos

Do total da amostra analisada, constituída por 200 participantes, 105 (52,5%) pertencem ao género masculino e 95 (47,5%) ao feminino.

Relativamente à distribuição da idade, a amostra variou entre os 3 e os 10 anos de idade e foi categorizada em 3 grupos etários: dos 3 aos 5 anos, dos 6 aos 8 anos e dos 9 aos 10 anos. De acordo com esta divisão, a distribuição do número de participantes é a seguinte: 72 (36,0%) com idade compreendida entre os 3 e 5 anos, 77 (38,5%) com idade entre os 6 e os 8 anos, 51 (25,5%) com idade compreendida entre os 9 e os 10 anos (Gráfico 1).

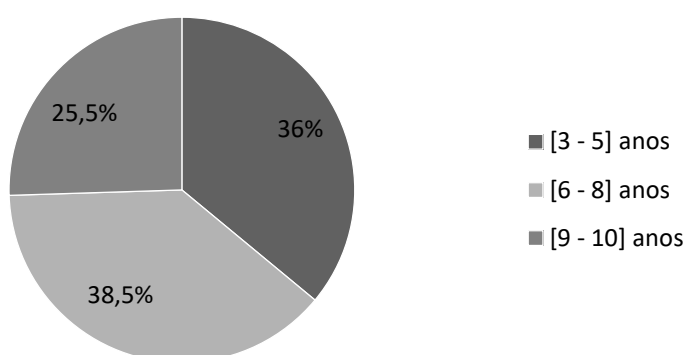


Gráfico 1 – Distribuição por idade da amostra

Dos indivíduos que aceitaram participar no estudo, 107 (53,5%) residiam em meio rural e 93 (46,5%) residiam em meio urbano.

Quanto à classificação do agregado familiar, 159 (79,5%) estão inseridos numa família convencional, 18 (9,0%) estão integrados numa família monoparental e 23 (11,5%) residem num ambiente com família estendida (Gráfico 2).

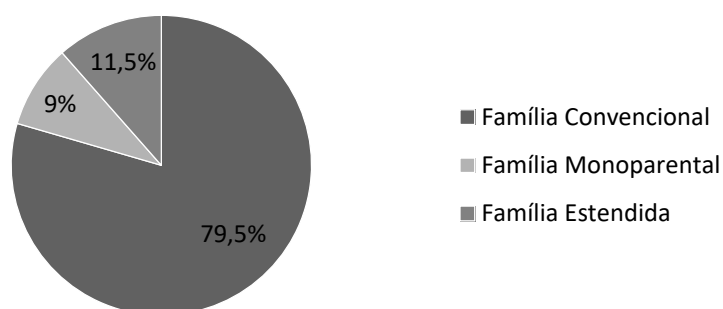


Gráfico 2 – Distribuição por agregado familiar da amostra

Quanto às habilitações literárias do pai, a maioria (39%, n=78) concluiu o ensino secundário, 57 (28,5%) concluíram o terceiro ciclo e 38 (19%) concluíram o ensino superior (Gráfico 3).

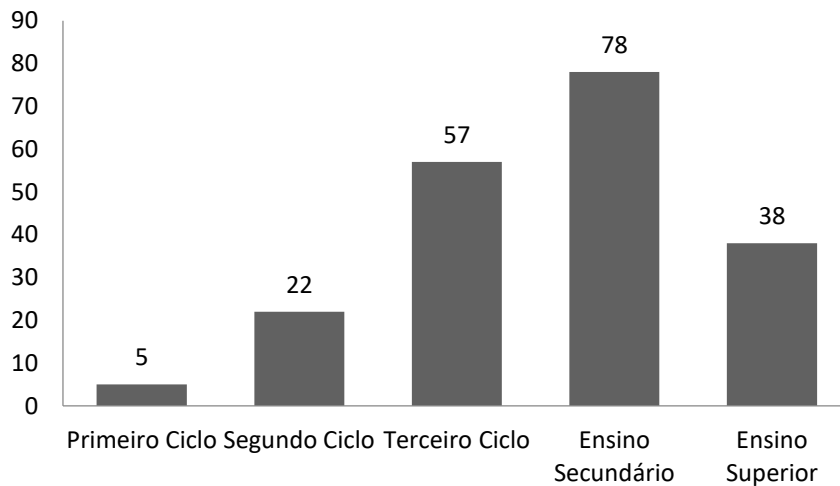


Gráfico 3 – Distribuição por habilitações literárias do pai da amostra

Quanto às habilitações literárias da mãe, a maioria (41%, n=82) concluiu o ensino secundário, 37 (18,5%) concluíram o terceiro ciclo e 67 (33,5%) concluíram o ensino superior (Gráfico 4).

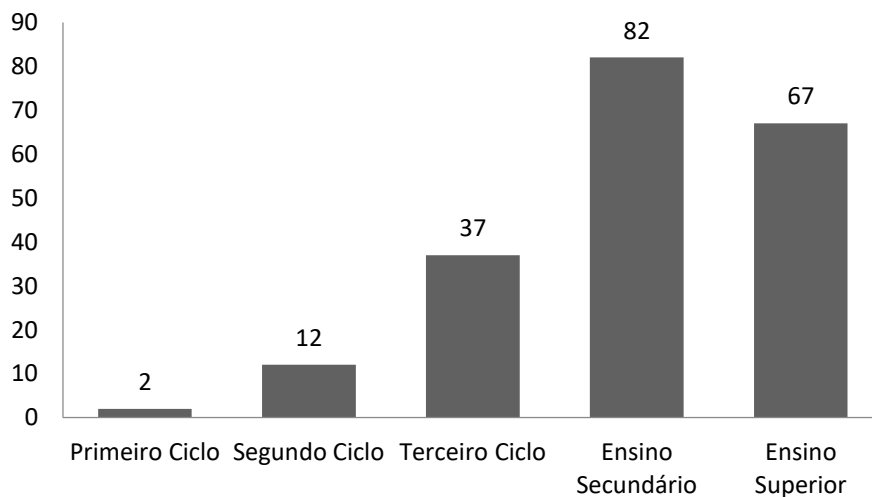


Gráfico 4 – Distribuição por habilitações literárias da mãe da amostra

2. Caracterização dos Hábitos de Higiene Oral e cuidados de Saúde Oral da Criança

Avaliou-se o número de vezes que o paciente realiza a higienização oral: 60 (30,0%) pacientes referiram que higienizavam os dentes menos de 2 vezes por dia e 140 (70,0%) higienizavam a cavidade oral pelo menos 2 vezes ou mais por dia.

Relativamente aos métodos de higienização oral, 160 (80,0%) utilizam como instrumentos a escova e a pasta dentífrica e 40 (20,0%) utilizam, para além da escova e pasta dentífrica, outros métodos tais como o elixir e/ou fio dentário (Gráfico 5).

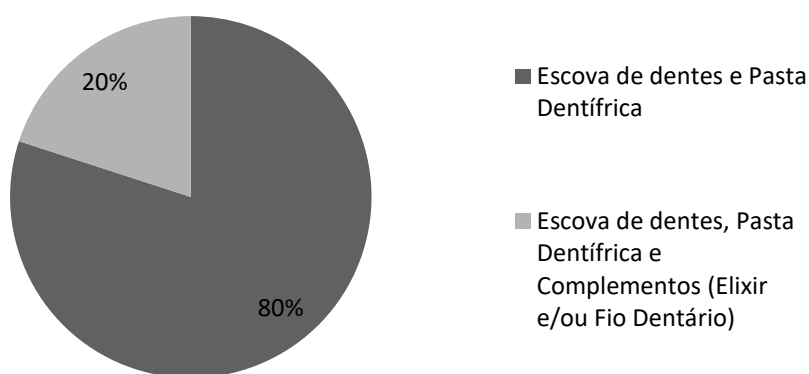


Gráfico 5 – Distribuição por metodologia de higienização Oral

Quanto ao consumo de doces, apenas 9 (4,5%) referiram que ingeriam doces todos os dias, 109 (54,5%) responderam que ingeriam doces frequentemente e 82 (41,0%) afirmaram que consumiam doces raramente (Gráfico 6).

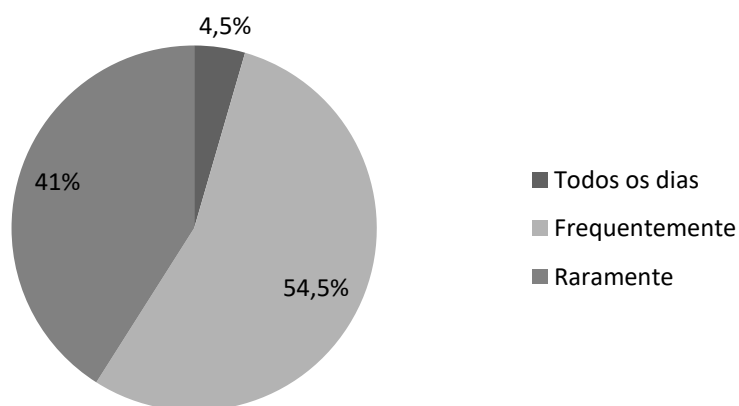


Gráfico 6 – Distribuição por consumo de doces da amostra

Quando inquiridos se já tinham sido consultados por um Médico Dentista, 163 (81,5%) responderam que sim e apenas 37 (18,5%) ainda não o tinha feito.

Das 163 crianças que já tinham visitado o Médico Dentista, a maioria (54,6%, n=89) têm consultas uma vez por ano e a minoria, (5,5%, n=9) responderam que só visitaram o Médico Dentista quando sentiram dores (Gráfico 7).

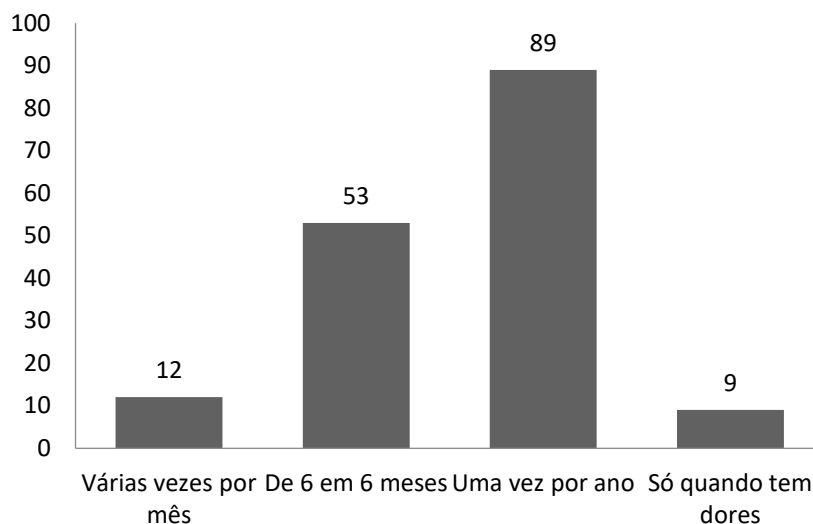


Gráfico 7 – Distribuição por frequência das consultas da amostra

Das 163 crianças que já visitaram o Médico Dentista apenas 155 (95,0%) indicaram o principal motivo que os levaram a essa consulta. Dessas 155 crianças, 100 (64,5%) assinalaram que o principal motivo foi a rotina, 11 (7,1%) dor de dentes, 30 (19,4%) foram à consulta médico dentária para tratar cáries e 14 (9,0%) responderam que o foram à consulta por outros motivos (exodontia, ortodontia e prevenção) (Gráfico 8).

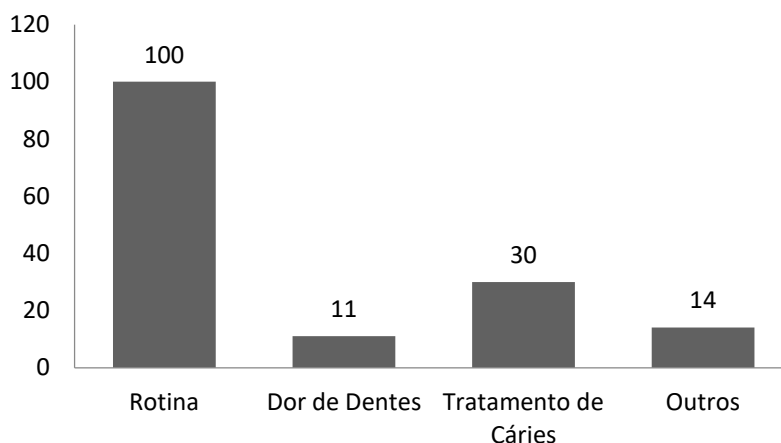


Gráfico 8 – Distribuição por principal motivo das consultas da amostra

À pergunta “Alguma vez tiveste dor de dentes”, 67 (33,5%) responderam que sim e 133 (66,5%) referiram que não.

Dos 68 que já sentiram dor de dentes, 63 (92,6%) responderam que, por esse motivo, procuraram um Médico Dentista e 5 (7,4%) responderam que não.

Dos 63 que sentiram dor de dentes e de seguida procuraram o Médico Dentista, 50 (79,4%) classificaram a experiência como boa e apenas 13 (20,6%) a classificaram como má.

Quando inquiridos sobre os motivos pelos quais as 13 crianças consideraram que a sua experiência na consulta médico-dentária tinha sido má, apenas 12 (92,0%) crianças responderam. Dessas 12 crianças, a maioria (33,3%, n=4) não gostou do ambiente do consultório e a minoria (8,3%, n=1) respondeu que o Médico Dentista não era simpático e (8,3%, n=1) que esteve muito tempo na sala de espera (Gráfico 9).

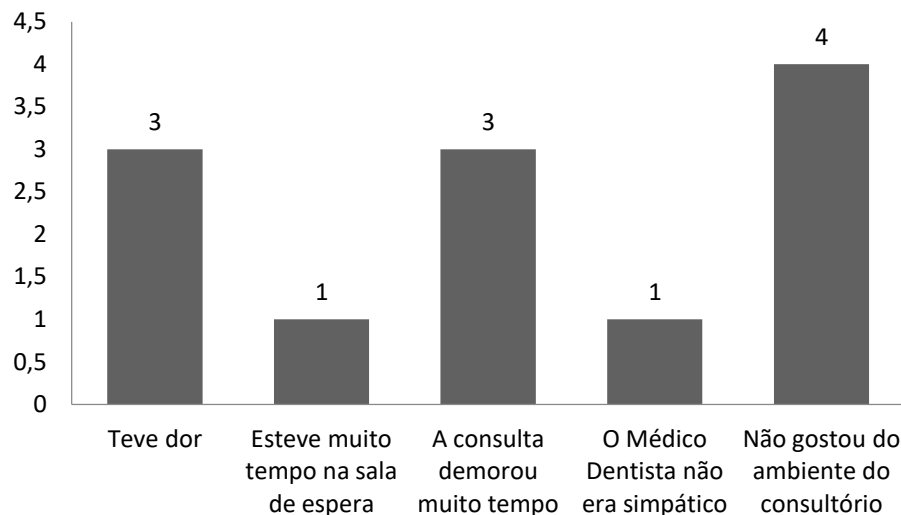


Gráfico 9 – Distribuição por razões da má experiência na consulta da amostra

Responderam à pergunta “Desde esse dia ficou com receio de voltar ao Médico Dentista?” apenas 62 (91,0%) crianças que visitaram o Médico Dentista porque sentiram dores de dentes. Dessas 62 crianças, 11 (17,7%) relataram que sim e 51 (82,3%) responderam que não.

Relativamente à ansiedade por contágio 199 (99,5%) crianças responderam à pergunta “Quem tem medo de ir ao Médico Dentista?”. 25 (12,6%) disseram que era a mãe, 25 (12,6%) disseram que eram “outros” (nesta categoria considerámos o pai, irmãos, avós, outros familiares e amigos) e 149 (74,9%) responderam “ninguém” (Gráfico 10).

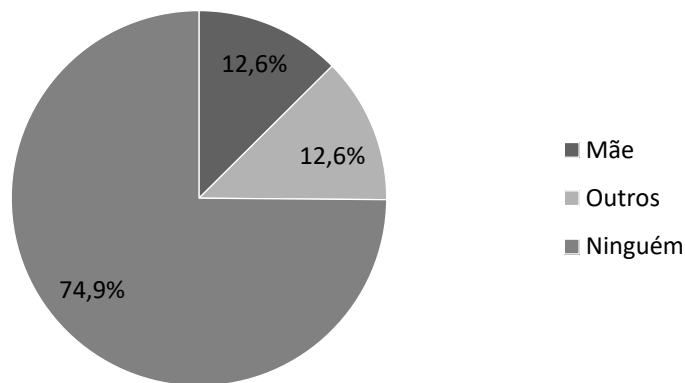


Gráfico 10 – Distribuição por ansiedade por contágio da amostra

3. Preferência pela imagem do Médico Dentista (ambos os gêneros)

Relativamente à preferência sobre o gênero do Médico Dentista, 141 (70,5%) preferem o potencial atendimento pela Médica Dentista (feminino) e 59 (29,5%) pelo Médico Dentista (masculino).

Quanto ao aspeto do sorriso, 173 (86,5%) preferem ser atendidos por um Profissional Médico Dentista com sorriso saudável, 26 (13,0%) com sorriso amarelado e 1 (0,5%) prefere um sorriso cariado.

Quando inquiridos sobre a aparência facial do profissional de saúde, 92 (46,0%) preferem um profissional sem maquilhagem nem barba, 50 (25,0%) referiram a preferência por um profissional com maquilhagem ou barba leve e 58 (29,0%) têm preferência por maquilhagem ou barba exagerada.

Relativamente ao uso da máscara de proteção utilizada pelo Médico Dentista, 49 (24,5%) preferiram que o profissional não a utilize, 89 (44,5%) preferiram a máscara de proteção convencional e 62 (31,0%) elegeram a máscara de proteção infantil (Gráfico 11).

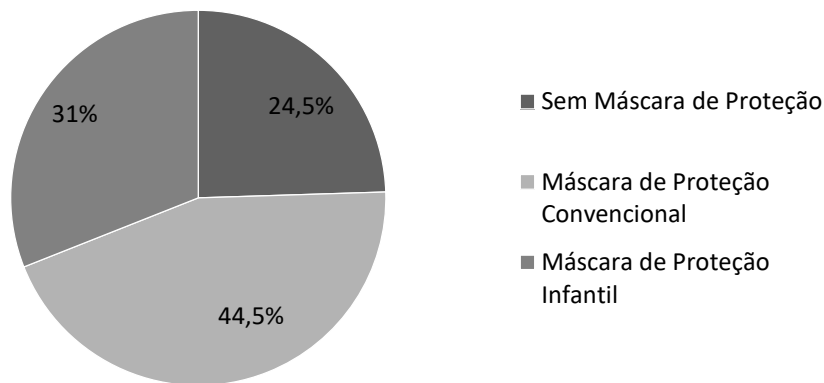


Gráfico 11 – Distribuição por preferência sobre a máscara de proteção da amostra

Quando confrontados com a hipótese de escolha entre um profissional de saúde sorridente e um profissional de saúde com uma expressão séria, 184 (92,0%) escolheram o profissional sorridente e apenas 16 (8,0%) escolheram a segunda hipótese.

Face à eleição acerca da cor da bata do profissional de saúde, 142 (71,0%) optaram pela bata branca e 58 (29,0%) escolheram a bata azul.

156 (78,0%) elegeram o Médico Dentista sem óculos e 44 (22,0%) preferiram o profissional com óculos.

Relativamente à viseira de proteção, 164 (82,0%) crianças escolheram a imagem em que o profissional de saúde não utiliza a viseira e 36 (18,0%) preferiram a fotografia com viseira.

Quanto à escolha entre a utilização da touca de proteção, 141 (70,5%) escolheram a não utilização e 59 (29,5%) preferiam o profissional de saúde com touca de proteção.

4. Preferência pela imagem da Médica Dentista

Do total da amostra que preferiu um potencial atendimento pela Médica Dentista, constituída por 141 participantes, 59 (42,0%) pertencem ao género masculino e 82 (58,0%) ao feminino.

Quanto ao aspeto do sorriso da Médica Dentista, 121 (86,0%) preferem um sorriso saudável, 20 (14,0%) um sorriso amarelado e nenhum (0%) tem preferência por um sorriso cariado.

Quando inquiridos sobre o aspeto facial da médica dentista, 56 (40,0%) preferem uma Médica Dentista sem maquilhagem, 38 (27,0%) referiram a preferência por uma Médica Dentista com maquilhagem leve e 47 (33,0%) têm preferência por maquilhagem exagerada.

Relativamente ao uso da máscara de proteção utilizada pela Médica Dentista, 34 (24,0%) preferiram que a Médica Dentista não a utilize, 64 (45,0%) preferiram a máscara de proteção convencional e 43 (31,0%) elegeram a máscara de proteção infantil (Gráfico 12).

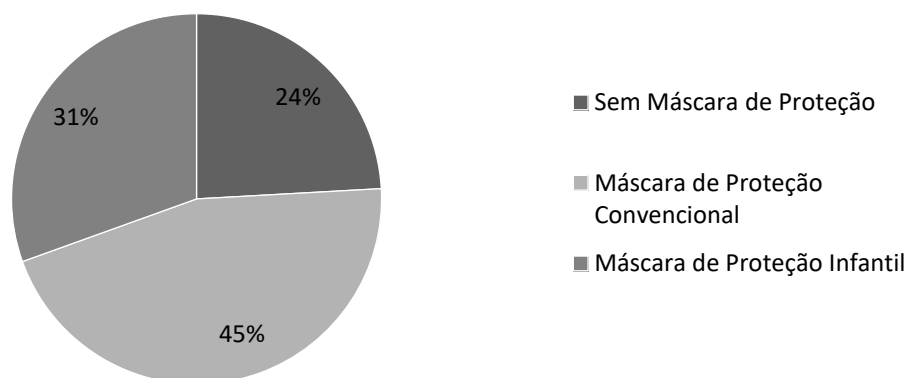


Gráfico 12 – Distribuição por preferência sobre o tipo de máscara de proteção da Médica Dentista da amostra

Quando confrontados com a hipótese de escolha entre uma Médica Dentista sorridente e uma Médica Dentista com uma expressão séria, 135 (96,0%) escolheram a profissional de saúde sorridente e apenas 6 (4,0%) escolheram a segunda hipótese.

Face à eleição acerca da cor da bata da Médica Dentista, 107 (76,0%) optaram pela bata branca e 34 (24,0%) escolheram a bata azul.

113 (80,0%) elegeram a Médica Dentista sem óculos e 28 (20,0%) preferiram com óculos.

Relativamente à viseira de proteção, 117 (83,0%) crianças escolheram a imagem em que a Médica Dentista não utiliza a viseira e 24 (17%) preferiram a fotografia onde se utiliza a viseira.

Quanto à escolha entre a utilização da touca de proteção, 99 (70,0%) escolheram a não utilização e 42 (30,0%) preferiram o profissional de saúde com touca de proteção.

5. Preferência pela imagem do Médico Dentista

Do total da amostra que preferiu um potencial atendimento pelo Médico Dentista, constituída por 59 participantes, 46 (78,0%) pertencem ao género masculino e 13 (22,0%) ao feminino.

Quanto ao aspeto do sorriso do Médico Dentista, 52 (88,0%) preferem um sorriso saudável, 6 (10,0%) um sorriso amarelado e 1 (2,0%) tem preferência por um sorriso cariado.

Quando inquiridos sobre o aspeto facial do Médico Dentista, 36 (61%) preferem um Médico Dentista sem barba, 12 (20%) referiram a preferência por um Médico Dentista com barba leve e 11 (19%) têm preferência por barba exagerada.

Relativamente ao uso da máscara de proteção, 15 (26%) preferiram que o Médico Dentista não a utilize, 25 (42%) preferiram a máscara de proteção convencional e 19 (32%) elegeram a máscara de proteção infantil (Gráfico 13).

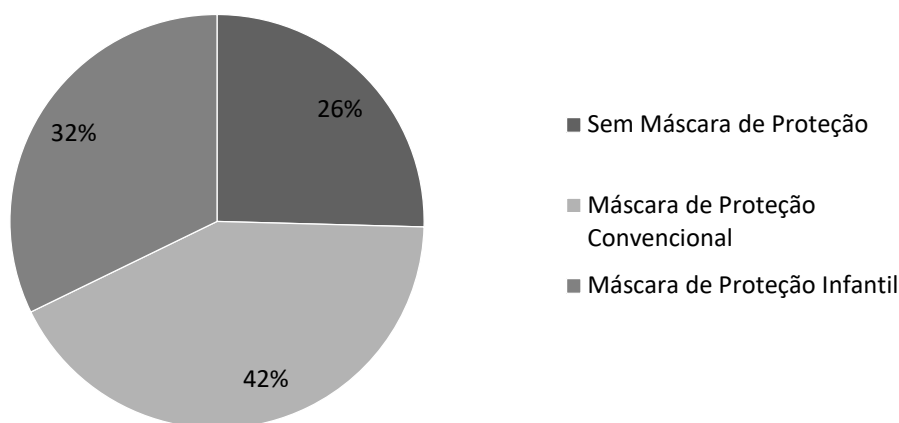


Gráfico 13 – Distribuição por preferência sobre o tipo de máscara de proteção do Médico Dentista da amostra

Quando confrontados com a hipótese de escolha entre um Médico Dentista sorridente e um Médico Dentista com uma expressão séria, 49 (83%) escolheram o profissional de saúde sorridente e apenas 10 (17%) escolheram a segunda hipótese.

Face à eleição acerca da cor da bata, 35 (59%) optaram pela bata branca e 24 (41%) escolheram a bata azul.

43 (73%) elegeram o Médico Dentista sem óculos e 16 (27%) preferiram com óculos.

Relativamente à viseira de proteção, 47 (80%) crianças escolheram a imagem em que o Médico Dentista não utiliza a viseira e 12 (20%) preferiram a fotografia onde se utiliza a viseira.

Quanto à escolha entre a utilização da touca de proteção, 42 (71%) escolheram a não utilização e 17 (29%) preferiram o profissional de saúde com touca de proteção.

6. Cruzamento de Variáveis

Para a apresentação dos resultados acerca do cruzamento de variáveis, foram apenas consideradas as relações com resultados estatisticamente significativos.

6.1. Correlação entre o género da criança e a preferência pelo Género do Médico Dentista (ambos os géneros)

A distribuição entre a preferência pelo Médico Dentista (ambos os géneros) e o Género da criança é observável na Tabela 1.

Pode-se utilizar o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,000<0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas.

Verifica-se uma tendência para que as crianças do género feminino tenham uma grande preferência pela Médica Dentista (86,3%) em detrimento do Médico Dentista (13,7%), enquanto as crianças do género masculino não têm uma preferência explícita.

Tabela 1 - Distribuição do Género da criança e da preferência pelo Género do Médico Dentista (ambos os géneros)

	Paciente do Género Masculino		Paciente do Género Feminino		p-value
	N	%	N	%	
Médica Dentista	59	56,2	82	86,3	0,000
Médico Dentista	46	43,8	13	13,7	

6.2. Correlação entre o gênero da criança e a preferência pela cor da Bata do Médico Dentista (ambos os gêneros)/Médico Dentista

Correlação entre o gênero da criança e a preferência pela cor da bata do Médico Dentista (ambos os gêneros)

A distribuição do gênero da criança de acordo com a preferência pela cor da bata do Médico Dentista (ambos os gêneros) é observável na tabela 2.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,008<0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças do gênero feminino prefiram a bata branca (80,0%) em detrimento da bata azul (20,0%), enquanto nas crianças do gênero masculino essa preferência não é tão marcada.

Correlação entre o gênero da criança e a preferência pela cor da bata do Médico Dentista

A distribuição da relação entre o gênero da criança de acordo com a preferência pela cor da bata do Médico Dentista é observável na tabela.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,036<0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças do gênero feminino prefiram a bata branca (84,6%) em detrimento da bata azul (15,4%), enquanto nas crianças do gênero masculino essa preferência não é tão marcada.

Tabela 2 – Distribuição do Gênero da Criança, da preferência pela cor da bata do Profissional Médico Dentista e da preferência pela cor da bata do Médico Dentista

		Paciente do		Paciente do		p-value
		Gênero Masculino		Gênero Feminino		
		N	%	N	%	
Médico Dentista (ambos os gêneros)	Bata Branca	66	62,9	76	80,0	0,008
	Bata Azul	39	37,1	19	20,0	
Médico Dentista	Bata Branca	24	52,2	11	84,6	0,036
	Bata Azul	22	47,8	2	15,4	

6.3. Correlação entre a idade da criança e o aspeto facial do Médico Dentista (ambos os géneros) /Médica Dentista

Correlação entre a idade da criança e a preferência pelo aspeto facial do Médico Dentista (ambos os géneros)

A distribuição da idade da criança de acordo com a preferência pelo aspeto facial do Médico Dentista (ambos os géneros) é observável na tabela 3.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,012 < 0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças mais novas, com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos, tenham uma grande preferência por um profissional sem maquilhagem ou barba (47,2%). As crianças com idades compreendidas 6 e os 8 anos não têm uma preferência muito explícita.

Correlação entre a idade da criança e a preferência pelo aspeto facial da Médica Dentista

A distribuição da idade da criança de acordo com a preferência pelo aspeto facial da Médica Dentista é observável na tabela 3.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,002 < 0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças mais novas, com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos, tenham uma grande preferência por uma Médica Dentista sem maquilhagem (41,7%). As crianças com idades compreendidas 6 e os 8 anos não têm uma preferência muito explícita.

Tabela 3 - Distribuição da Idade da Criança, da preferência pelo aspeto facial do Médico Dentista (ambos os géneros) e da preferência pelo aspeto facial da Médica Dentista

		[3 – 5] anos		[6 - 8] anos		[9 - 10] anos		
		N	%	N	%	N	%	p-value
Médico Dentista (ambos os géneros)	Sem Maquilhagem/Barba	34	47,2	25	32,5	33	64,7	0,012
	Maquilhagem/Barba leve	18	25,0	24	31,2	8	15,7	
	Maquilhagem/Barba exagerada	20	27,8	28	36,3	10	19,6	
Médica Dentista	Sem Maquilhagem	20	41,7	13	23,2	23	62,2	0,002
	Maquilhagem leve	16	33,3	17	30,4	5	13,5	
	Maquilhagem exagerada	12	25,0	26	46,4	9	24,3	

6.4. Correlação entre a idade da criança e a expressão facial do Médico Dentista (ambos os géneros)

A distribuição da idade da criança de acordo com a preferência pela expressão facial do Médico Dentista (ambos os géneros) é observável na tabela 4.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,017 < 0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças mais novas, com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos não manifestem uma preferência tão elevada pelo sorriso (84,7%), como as crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 8 anos (96,1%) e entre os 9 e os 10 anos (96,1%).

Tabela 4 - Distribuição da Idade da Criança, da preferência pela expressão facial do Médico Dentista (ambos os gêneros)

	[3-5] anos		[6-8] anos		[9-10] anos		p-value
	N	%	N	%	N	%	
Expressão sorridente	61	84,7	74	96,1	49	96,1	0,017
Expressão séria	11	15,3	3	3,9	2	3,9	

6.5. Correlação entre o agregado familiar da criança e a preferência pelo tipo de máscara de proteção usada pelo Médico Dentista (ambos os gêneros) /Médica Dentista

Correlação entre o agregado familiar da criança e a preferência pelo tipo de máscara de proteção usada pelo Médico Dentista (ambos os gêneros)

A distribuição do agregado familiar da criança de acordo com a preferência pelo tipo de máscara de proteção usada pelo Médico Dentista (ambos os gêneros) é observável na tabela 5.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,031<0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças que pertencem a famílias tradicionais tenham uma preferência explícita pela máscara convencional (49,7%), enquanto a máscara infantil prevalece nas outras famílias, como na família monoparental (55,6%) ou na família estendida (39,1%).

Correlação entre o agregado familiar da criança e a preferência pelo tipo de máscara de proteção usada pela Médica Dentista

A distribuição do agregado familiar da criança de acordo com a preferência pelo tipo de máscara de proteção usada pela Médica Dentista é observável na tabela 5.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,005<0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças que pertencem a famílias tradicionais tenham uma preferência explícita pela máscara convencional

(52,3%), enquanto a máscara infantil prevalece nas outras famílias, como na família monoparental (56,3%) ou na família estendida (44,4%).

Tabela 5 - Distribuição entre a preferência pelo tipo de expressão facial do Médico Dentista (ambos os gêneros) e a Idade da Criança

		Família Tradicional		Família Monoparental		Família Estendida		p-value
		N	%	N	%	N	%	
Médico Dentista (ambos os gêneros)	Sem Máscara	37	23,3	4	22,2	8	34,8	0,031
	Máscara Convencional	79	49,7	4	22,2	6	26,1	
	Máscara Infantil	43	27,0	10	55,6	9	39,1	
Médica Dentista	Sem Máscara	25	23,4	3	18,8	6	33,3	0,005
	Máscara Convencional	56	52,3	4	25,0	4	22,2	
	Máscara Infantil	26	24,3	9	56,3	8	44,4	

6.6. Correlação entre os métodos de higienização oral e a preferência pelo uso de viseira de proteção pelo Médico Dentista (ambos os gêneros)/ Médica Dentista/ Médico Dentista

Correlação entre os métodos de higienização oral da criança e a preferência pelo uso de viseira de proteção usada pelo Médico Dentista (ambos os gêneros)

A distribuição dos métodos de higienização oral da criança de acordo com a preferência pelo uso de viseira de proteção usada pelo Médico Dentista (ambos os gêneros) é observável na tabela 6.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,000<0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças que usam mais métodos de higienização oral (escova de dentes, pasta dentífrica e complementos) tenham uma maior preferência pelo uso de viseira de proteção

pelo clínico (42,5%), em relação às crianças que apenas utilizam a escova de dentes e a pasta dentífrica (11,9%).

Correlação entre os métodos de higienização oral da criança e a preferência pelo uso de viseira de proteção usada pela Médica Dentista

A distribuição dos métodos de higienização oral da criança de acordo com a preferência pelo uso de viseira de proteção usada pela Médica Dentista é observável na tabela 6.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,000<0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças que usam mais métodos de higienização oral (escova de dentes, pasta dentífrica e complementos) tenham uma maior preferência pelo uso de viseira de proteção pela Médica Dentista (40,0%), em relação às crianças que apenas utilizam a escova de dentes e a pasta dentífrica (10,8%).

Correlação entre os métodos de higienização oral da criança e a preferência pelo uso de viseira de proteção usada pelo Médico Dentista

A distribuição dos métodos de higienização oral da criança de acordo com a preferência pelo uso de viseira de proteção usada pelo Médico Dentista é observável na tabela 6.

Não se pode usar o teste qui-quadrado, e como é uma tabela 2x2, usa-se o teste da Continuity Correction, cujo $p\text{-value}=0,034<0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças que usam menos métodos de higienização oral (escova de dentes e pasta dentífrica) tenham uma maior preferência pelo não uso de viseira de proteção pelo Médico Dentista (85,7%), em relação às crianças que apenas utilizam a escova de dentes, pasta dentífrica e complementos (50,0%).

Tabela 6 - Distribuição entre a preferência pelo uso de viseira de proteção pelo Médico Dentista (ambos os gêneros)/Médica Dentista/Médico Dentista e os métodos de higienização oral

		Escova e Pasta Dentífrica		Escova, Pasta Dentífrica e Complementos		p-value
		N	%	N	%	
		Médico Dentista (ambos os gêneros)	Sem Viseira	141	88,1	
	Com Viseira	19	11,9	17	42,5	
Médica Dentista	Sem Viseira	99	89,2	18	60,0	0,000
	Com Viseira	12	10,8	12	40,0	
Médico Dentista	Sem Viseira	42	85,7	5	50,0	0,034
	Com Viseira	7	14,3	5	50,0	

6.7. Correlação entre a frequência de consumo de doces pelas crianças e a preferência pelo uso de viseira de proteção pelo Médico Dentista (ambos os gêneros)

A distribuição dos métodos de higienização oral da criança de acordo com a preferência pelo uso de viseira de proteção usada pelo Médico Dentista (ambos os gêneros) é observável na tabela 7.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,000 < 0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças que comem menos doces tenham uma maior preferência pelo uso de viseira de proteção pelo Profissional de saúde (25,6%), em relação às crianças que ingerem mais doces (0,0%).

Tabela 7 - Distribuição entre a preferência pelo uso de viseira de proteção pelo Profissional Médico Dentista e a frequência da ingestão de doces pelas crianças

	Todos os Dias		Frequentemente		Raramente		p-value
	N	%	N	%	N	%	
Sem Viseira	9	100,0	94	86,2	61	74,4	0,000
Com Viseira	0	0,0	15	13,8	21	25,6	

6.8. Correlação entre os principais motivos das consultas médico-dentárias e a preferência pelo aspeto facial do Médico Dentista (ambos os géneros) /Médico Dentista

Correlação entre os principais motivos da consulta médico-dentária da criança e a preferência pelo aspeto facial do Médico Dentista (ambos os géneros)

A distribuição dos principais motivos das consultas médico-dentárias de acordo com a preferência pelo aspeto facial do Médico Dentista (ambos os géneros) é observável na tabela 8.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,000<0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças cujo principal motivo de consultas médico-dentárias é a rotina tenham uma maior preferência pelo clínico sem maquilhagem/barba (54,0%).

Correlação entre os principais motivos da consulta médico-dentária da criança e a preferência pelo aspeto facial do Médico Dentista

A distribuição dos principais motivos das consultas médico-dentárias de acordo com a preferência pelo aspeto facial do Médico Dentista é observável na tabela 8.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,005<0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças cujo principal motivo de consultas médico-dentárias é a rotina tenham uma maior preferência pelo Médico Dentista sem barba (76,9%).

Tabela 8 - Distribuição entre a preferência pelo aspeto facial do Profissional Médico Dentista e os principais motivos das consultas médico-dentárias

		Rotina		Dor de Dentes		Tratamento de Cáries		Outros		p-value
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Médico Dentista (ambos os géneros)	Sem Maquilhagem/Barba	54	54,0	4	36,4	8	26,7	3	21,4	0,000
	Com Maquilhagem/Barba leve	24	24,0	1	9,1	8	26,7	6	42,9	
	Com Maquilhagem/Barba exagerada	22	22,0	6	54,5	14	46,6	5	35,7	
Médico Dentista	Sem Barba	20	76,9	0	0,0	3	27,3	2	66,7	0,005
	Com Barba Leve	5	19,2	0	0,0	3	27,3	1	33,3	
	Com Barba Exagerada	1	3,9	1	100,0	5	45,4	0	0,0	

6.9. Correlação entre a experiência prévia de dor de dentes da criança e a preferência pela expressão facial do Médico Dentista (ambos os géneros)

A distribuição entre a preferência pela expressão facial do Médico Dentista (ambos os géneros) e o episódio de experiência prévia de dor de dentes é observável na Tabela 9.

Utilizou-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,003 < 0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas.

Verifica-se uma tendência para que as crianças apenas tenham preferência pela expressão séria do Médico Dentista (ambos os géneros) (12,0%) em

detrimento da expressão sorridente, quando não tiveram uma experiência prévia de dor de dentes.

Tabela 9 - Distribuição da experiência prévia de dor de dentes da criança e da preferência pela expressão facial do Profissional Médico Dentista

	Sim		Não		p-value
	N	%	N	%	
Expressão sorridente	67	100,0	117	88,0	0,003
Expressão Séria	0	0,0	16	12,0	

6.10. Correlação entre a procura por ajuda médico-dentária, em caso de dor de dentes da criança e a preferência pelo género do Médico Dentista

A distribuição entre a procura por ajuda médico-dentária em caso de dor de dentes e a preferência pelo género desse profissional é observável na Tabela 10.

Não se pode usar o teste qui-quadrado, e como é uma tabela 2x2, usa-se o teste da Continuity Correction, cujo $p\text{-value}=0,001 < 0,05$. Logo, as variáveis estão significativamente relacionadas.

Verifica-se uma tendência para que as crianças que procuraram ajuda médico-dentário, em caso de dor de dentes, prefiram ser consultados por uma Médica Dentista (77,8%) em detrimento de um Médico Dentista (22,2%).

Tabela 10 - Distribuição da procura por ajuda médico-dentária, em caso de dor de dentes na criança e da preferência pelo género do Médico Dentista

	Sim		Não		p-value
	N	%	N	%	
Médica Dentista	49	77,8	0	0,0	0,001
Médico Dentista	14	22,2	5	100,0	

6.11. Correlação entre a frequência das consultas médico-dentárias das crianças e a preferência pelo aspecto facial da Médica Dentista

A distribuição da frequência de consultas médico-dentárias da criança de acordo com a preferência pela aparência facial da Médica Dentista é observável na tabela 11.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,025<0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças que vão às consultas médico-dentárias uma vez por ano ou só quando têm dores tenham uma maior preferência por uma Médica Dentista sem maquiagem (47,9%), em relação às crianças que visitam a consulta médico-dentária com mais frequência.

Tabela 11 - Distribuição entre a preferência pelo aspecto facial da Médica Dentista e a frequência das consultas médico-dentárias

	Duas ou mais vezes por ano		Uma vez por ano/ Só quando tem dores		p-value
	N	%	N	%	
Sem Maquiagem	13	27,1	34	47,9	0,025
Com Maquiagem Leve	12	25,0	19	26,8	
Com Maquiagem Exagerada	23	47,3	18	25,3	

6.12. Correlação entre os hábitos de higiene oral (número de vezes por dia) e o tipo de máscara de proteção do Médico Dentista

A distribuição dos hábitos de higiene oral (número de vezes por dia) de acordo com a preferência pelo tipo de máscara de proteção do Médico Dentista é observável na tabela 12.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,026<0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Na amostra, existe uma tendência a que as crianças que higienizam a cavidade oral duas ou mais vezes por dia tenham uma maior preferência pela máscara convencional (50,0%), enquanto as crianças que apenas higienizam a cavidade oral menos de duas vezes por dia tendem a preferir que o Médico Dentista não use máscara (47,4%).

Tabela 12 - Distribuição entre o tipo de máscara de proteção do Médico Dentista e os Hábitos de higiene oral (número de vezes por dia)

	>2 vezes por dia		≤2 vezes por dia		p-value
	N	%	N	%	
Sem máscara	9	47,4	6	15,0	0,026
Com máscara convencional	5	26,3	20	50,0	
Com máscara infantil	5	26,3	14	35,0	

6.13. Correlação entre a visita prévia à consulta médico-dentária e a preferência pela cor da bata do Médico Dentista

A distribuição entre a preferência pela cor da bata do Médico Dentista e a procura pela visita prévia à consulta médico-dentária é observável na Tabela 13.

Pode usar-se o teste qui-quadrado, cujo $p\text{-value}=0,018<0,05$. Logo as variáveis estão significativamente relacionadas.

Verifica-se uma tendência para que as crianças que já visitaram a consulta médico-dentária tenham maior preferência pela bata branca (68,2%) e as crianças que nunca visitaram a consulta médico-dentária tenham maior preferência pela bata azul (66,7%).

Tabela 13 - Distribuição da visita prévia à consulta médico-dentária e da preferência pela cor da bata do Médico Dentista

	Sim		Não		p-value
	N	%	N	%	
Bata Branca	30	68,2	5	33,3	0,018
Bata Azul	14	31,8	10	66,7	

VI – Discussão

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos, segue-se a discussão dos mesmos, que consiste numa reflexão crítica acerca destes, confrontando-os entre si, bem como com o quadro teórico de referência, salientando alguns dos estudos publicados no âmbito de “Odontopediatria”, “Comunicação Não-verbal”, “Relação Médico-paciente”, “Aparência Física”, “Ansiedade Dentária”.

1. Método de investigação

O questionário foi distribuído e passível de ser respondido entre o dia 12 de janeiro e o dia 3 de março, do ano corrente.

Trata-se de uma amostra por conveniência, uma vez que foram inquiridas crianças dos 3 aos 10 anos de idade, que frequentam uma escola primária, dois jardins-de-infância ou compareceram na Clínica Universitária da UCP.

A idade da amostra selecionada para este estudo compreende um intervalo dos 3 aos 10 anos. As crianças abaixo dos 3 anos de idade foram excluídas, uma vez que se encontram na fase da inteligência sensório-motora, significando que a criança ainda está em processo de desenvolvimento intelectual muito primordial, não tendo ainda capacidade cognitiva para compreender e responder a perguntas complexas. (58) As crianças acima dos 10 anos de idade foram excluídas uma vez que, a partir da fase da adolescência, estes têm inseguranças, sentem vergonha e tendem a ser desonestos nas suas respostas acerca da higiene oral e cuidados de saúde oral, admitindo a possibilidade da influência do viés de resposta nos dados obtidos. (59,60) As idades foram divididas em três classes, dos 3 aos 5 anos que corresponde à primeira infância, dos 6 aos 8 anos que corresponde à fase da infância e dos 9 aos 10 anos, correspondente à fase da pré-adolescência. (61)

O número da amostra do presente estudo (n=200) demonstrou ser satisfatório e está em conformidade com investigações de carácter semelhante. Budny *et al* efetuaram uma investigação com uma metodologia semelhante à deste estudo, em que examinaram a confiança do paciente nos Médicos Dentistas com base na sua indumentária, idade e género. A sua amostra constou 155 pacientes. (62) Barbabela *et al*. avaliaram a opinião de 34 crianças relativamente ao género do odontopediatra. (63) Patir *et al*. estudaram os sentimentos e atitudes de 200 crianças em relação aos seus Médicos Dentistas e sua associação com a saúde oral. (64) 150 crianças responderam a um questionário elaborado por Babu, que consistia num conjunto de fotografias de Médicos Dentistas e Médicas

Dentistas em que estes utilizavam diferentes vestuários. O objetivo principal deste estudo foi analisar a opinião e a preferência das crianças pela roupa do clínico. (65)

O método de distribuição física, em papel, do questionário tornou-se fundamental para que o tamanho da amostra fosse desta dimensão, uma vez que uma das maiores vantagens do método tradicional de aplicação do questionário face ao questionário eletrónico é precisamente um maior número de questionários respondidos. (66,67) Este método também permite o contacto direto com os responsáveis pela entrega dos questionários aos responsáveis legais das crianças, neste caso professores e educadores de infância, o que possibilita o esclarecimento de dúvidas, incentivo ao preenchimento do questionário e à inexistência de influência do pesquisador nas respostas. Wyrick e Bond relatam que, em questionários aplicados a crianças e jovens, estes tendem a responder a menos perguntas se o inquérito for eletrónico, do que se for em papel.(60)

Foi considerada como fotografia padrão para ambos os Médicos Dentistas, a fotografia em que o interveniente sorri e utiliza como indumentária a bata branca, por ser considerada a imagem habitual do Médico Dentista convencional.(62,68)

As perguntas “Preferias ser atendido por uma Médica Dentista ou por um Médico Dentista?” e “Preferias ser atendido(a) por qual Médico(a) Dentista?” descartam o risco de viés de resposta, uma vez que a criança responde deliberadamente não existindo uma resposta certa ou errada.(69)

Para avaliar a perceção das crianças sobre a imagem do odontopediatra, foi preponderante compreender primeiro qual o género predileto do profissional de saúde e, de seguida, diferenciar as crianças que preferiam ser atendidas pela Médica Dentista das que preferiam ser atendidas pelo Médico Dentista. (70)

2. Resultados

2.1. Caracterização da amostra e dos dados sociodemográficos

A maioria das crianças que compõe a amostra pertence ao género masculino (52,5%, n=105). Este resultado encontra-se de acordo com a estimativa realizada em 2015, pela Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência, a qual revela que 51,7% dos alunos matriculados em Educação Pré-escolar em Portugal são do

género masculino, assim como são também 51,6% dos alunos matriculados no 1º Ciclo do ensino básico. (71)

A maioria dos inquiridos residiam em meio rural (53,5%, n=107), estando de acordo com o Relatório Técnico de Tipologia de Áreas Urbanas do Instituto Nacional de Estatística, que nos diz que na região centro 62,7% da população reside em freguesias APR (Área Predominantemente Rural). (72)

Quanto à classificação do Agregado Familiar, grande parte da amostra está inserida numa família convencional (79,5%, n=159). Este resultado encontra-se de acordo com a estimativa realizada em 2011, pelo XV Recenseamento Geral da População, o qual revela que 99,8% das famílias da região centro correspondem a famílias clássicas. (73)

Quanto às habilitações literárias dos pais, a maioria (Pai: 39,0%, n=78; Mãe 41,0%, n=82) concluiu o ensino secundário. Estes resultados não estão de acordo com a estimativa realizada em 2011, pelo XV Recenseamento Geral da População. (73) Caso os resultados estivessem em conformidade com as estatísticas apresentadas, a maioria teria concluído apenas o primeiro ciclo (31,2%). Este facto pode ser justificado não só pelo crescimento do nível de escolaridade da população, sobretudo os mais jovens, que serão agora pais destas crianças, ao longo dos anos (74) mas também pelo facto de a maioria da amostra (63,5% n=127) pertencer a um jardim-de-infância da Rede Privada - Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Efetivamente, os pais com maior escolaridade e maior poder financeiro são capazes de suportar custos mensais de escolas privadas que pais com um nível de escolaridade inferior não alcançam.

2.2. Caracterização dos hábitos de higiene oral e cuidados de saúde oral da criança

A maioria da população do presente estudo (70,0%, n=140) higieniza a cavidade oral pelo menos 2 ou mais vezes por dia. Estes resultados são bastante satisfatórios e estão em consonância com as *guidelines* preconizadas pela Direção Geral de Saúde (DGS). (75)

No que diz respeito aos métodos de higienização oral, 80,0% (n=160) utiliza a escova e a pasta dentífrica, excluindo o uso de elixir e/ou fio dentário. Segundo a Direção Geral de Saúde (75), as crianças devem introduzir o uso do fio dentário

a partir dos 9-10 anos de idade, o que, tendo em conta o número de participantes com esta idade na amostra, justifica a baixa percentagem de utilização deste método complementar de higiene. Relativamente ao elixir fluoretado, está indicada a sua utilização com bochecho quinzenal, a partir dos 6 anos, o que corresponde a mais de metade da amostra deste estudo. Este facto não é crítico para a saúde oral, uma vez que a concentração média de flúor dos elixires é cerca de 250ppm enquanto a pasta preconizada para crianças com mais de 6 anos deve conter no mínimo 1000ppm. (76)

Quanto ao consumo de doces, grande parte das crianças 54,5% (n=109) ingere doces com frequência. De acordo com os dados da Direção Geral de Saúde no âmbito do Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, 65,0% das crianças portuguesas consomem doces frequentemente. Segundo Martins *et al.*, numa amostra com crianças de Viseu e Lisboa, 79,4% ingerem doces com frequência. Portanto as respostas estão em concordância com a literatura. (77,78)

Tal como revelado em estudos anteriores (64,75,79,80), a maior parte dos inquiridos (81,5%, n=163) relataram que já tinham sido examinados numa consulta médico-dentária. De acordo com os folhetos informativos disponíveis *online* elaborados pela Ordem dos Médicos Dentistas, “a primeira consulta deve ser realizada quando os primeiros dentes temporários (ou «de leite») erupcionam ou, no máximo, até à criança completar o primeiro ano de vida, de modo a estabelecer um programa preventivo de saúde oral e intercalar hábitos que possam ser prejudiciais”. (81) Dado que a amostra do presente estudo engloba crianças entre o 3 e os 10 anos de idade, a totalidade da amostra deveria ter ido, pelo menos uma vez, a uma consulta médico-dentária. Porém a situação crítica é que 18,5% (n=37) das crianças ainda não o fez. Estudos sugerem que os pais falham em levar os seus filhos aos cuidados médico-dentários devido a várias razões, tais como a crença de que a cárie dentária é um fenómeno natural, e que os dentes decíduos não são importantes para a saúde geral da criança. (82,83)

A maioria destas crianças (54,6%, n=89) têm consultas uma vez por ano e 64,5% (n=100) assinalaram que o principal motivo é a rotina. Caso os resultados estivessem em conformidade com as estatísticas apresentadas, o motivo mais prevalente seria o tratamento de problemas dentários. (84) Este facto é condizente com a caracterização da nossa amostra, que apresenta os cuidados de higiene oral preconizados pela DGS. Portanto, a maioria das crianças da

nossa amostra realiza consultas de rotina devido à boa higiene oral que é praticada, diminuindo a necessidade de prestação de tratamentos dentários.

À pergunta “Alguma vez tiveste dor de dentes”, apenas 33,5% (n=67) já havia experienciado um episódio de dor de dentes. Tais valores encontram-se de acordo com a literatura. Slade referiu que a prevalência de experiência prévia de dor de dentes numa população de crianças ia até 33,0%. (85)

No presente estudo, 7,4% (n=5) das crianças não procuraram o Médico Dentista quando sentiram dor de dentes. Quando uma criança vai a uma consulta médico-dentária em fase tardia, o tratamento geralmente é mais invasivo e complexo, geralmente há necessidade de aplicação de anestesia local, face a situações clínicas mais complexas, é natural que seja exigido mais tempo de consulta e todos estes fatores levarão ao aumento da ansiedade da criança por uma experiência provavelmente traumática. (86) O fracasso na procura de atendimento de saúde adequado para os filhos é uma manifestação de negligência por parte dos pais, que demonstram falta de interesse do tratamento dentário, mesmo sabendo que o estado de saúde oral da criança não é adequado. (82,86,87)

Quanto à classificação da experiência na consulta médico-dentária após visita por dor de dentes, 79,4% (n=50) classificaram a experiência como boa, o que é consistente com outros estudos que avaliaram a percepção da criança sobre os tratamentos dentários.(64,80,88) Este facto resulta de uma redução da taxa de ansiedade ao longo do tempo. O medo dentário é mais prevalente na idade adulta do que na infância. (89) Hoje em dia, os odontopediatras têm conhecimentos sobre estratégias de controlo de comportamento, preventivas ou não, com a finalidade de atuarem de forma adequada de modo a diminuir a ansiedade das crianças. (39,90,91) Os profissionais que apostam na educação em ciências comportamentais, quer em pré-graduação quer em cursos de pós-graduação, conseguem melhores resultados quanto à redução e controlo de comportamento em crianças e adolescentes ansiosos.(91)

A fim de fazer mudanças positivas e ajustes que tornariam uma visita médico-dentária mais atraente, é importante entender o que as crianças veem como aspetos desagradáveis. O maior motivo, encontrado neste estudo, para justificar a classificação de uma consulta médico-dentária como má experiência foi o facto de não gostarem do ambiente do consultório (33,3%, n=4). Os

equipamentos, os sons e os cheiros estranhos do *setting* dentário podem efetivamente contribuir para a ansiedade da criança. (1,64,88)

É essencial salientar que “sentir dor” e “estar muito tempo na sala de espera” corresponderam a 25,0% (n=3) dos motivos mais frequentes para a classificação negativa acerca da consulta médico-dentária. De acordo com a literatura, estes fatores têm um papel muito forte na criação de ansiedade na criança quando esta necessita de cuidados médico-dentários. (10,80,92–94)

Relativamente à pergunta “Desde esse dia ficou com receio de voltar ao Médico Dentista?”, apenas as crianças que visitaram o Médico Dentista porque sentiram dores 17,7% (n=11) referiram que efetivamente tinham receio de voltar a uma nova consulta médico-dentária. De acordo com Levitt *et al.*, se algo de assustador acontecer no dentista, a criança poderá sentir-se ansiosa e com medo na próxima visita, porque associa o dentista ao medo que experimentou. (95)

Embora todos os membros da família tenham um papel preponderante no comportamento da criança em ambiente clínico, a mãe parece ser o membro da família mais influente. As observações dos investigadores revelaram que as crianças com alta ansiedade no consultório de medicina dentária tinham mães que apresentavam experiências dentárias negativas anteriores e tinham medo de tratamento dentário. (29,81,96,97) A maioria referiu que ninguém da família ou amigos era ansioso (74,9%, n=149), e apenas 12,6% (n=25) responderam que a mãe tinha medo do Médico Dentista, o que é consonante com o número reduzido de crianças ansiosas presentes neste estudo (17,7%, n=11).

2.3. Preferência pela imagem do Profissional Médico Dentista

O presente estudo confirmou os resultados de estudos recentes relativamente à preferência sobre o género do Odontopediatra. 70,5% (n=141) das crianças preferem o potencial atendimento pela Médica Dentista em detrimento do Médico Dentista. (64,65,98) A explicação, segundo a literatura, é que as Médicas Dentistas têm sido caracterizadas como mais atenciosas, expressivas, humanas, demonstram mais compaixão, têm mãos mais pequenas, assim como o seu toque é mais delicado comparativamente aos Médicos Dentistas do género masculino. (99,100)

Relativamente ao aspeto do sorriso, 86,5% (n=173) das crianças prefere ser atendido por um Profissional Médico Dentista com sorriso saudável. 13,0% (n=26) prefere um odontopediatra com sorriso amarelado e apenas 0,5% (n=1) prefere um sorriso cariado. Uma revisão da literatura não revelou estudos sobre a perspetiva da criança sobre a preferência do aspeto do Médico Dentista, portanto a comparação direta desses resultados não foi possível. Uma explicação plausível sobre esta temática, poderá ser o facto de as crianças preferirem um potencial atendimento por um profissional com uma saúde oral semelhante à da sua mãe, figura familiar reconhecida como exemplo pela criança. De acordo com Lalloo *et al.*, o estado de saúde oral está estritamente relacionado com as condições socioeconómicas, na medida em que condições socioeconómicas precárias traduzem-se numa saúde oral deteriorada. (101) Na amostra deste estudo, 7,0% (n=14) das mães apresentam um nível de escolaridade mais baixo (1º e 2º Ciclo de escolaridade) e, conseqüentemente, constituem a parcela da população materna com mais dificuldades económicas, logo serão as mães com maior deterioração de saúde oral. Esta percentagem pode efetivamente estar relacionada com a perceção da criança face à imagem que constitui a imagem mais banal, à qual está mais acostumada. Quanto à única criança que preferia o sorriso cariado, seria interessante avaliar o seu índice de cpod (índice de cárie dentária para dentição decídua) e o índice de CPOD (índice de cárie para dentição permanente) da sua mãe, de modo a tentar inferir a relação da saúde oral com esta preferência específica.

Quando inquiridos sobre a aparência facial do profissional de saúde, a maioria (46,0%, n=92) prefere um profissional sem maquilhagem nem barba. Estudos demonstram que, efetivamente, um aspeto mais limpo e natural traduz-se numa imagem mais profissional e competente. Este resultado está de acordo com a literatura. (62,102)

A máscara de proteção convencional foi eleita por 44,5% (n=89) das crianças comparativamente à preferência pela máscara infantil ou até mesmo à não utilização de qualquer tipo de máscara. Este facto corrobora com o estudo realizado por Panda *et al.* (103) Tal pode dever-se à familiaridade que as crianças têm com a máscara convencional, especialmente as crianças que já visitaram a consulta médico-dentária.

Quando confrontados com a hipótese de escolha entre um profissional de saúde sorridente e um profissional de saúde com uma expressão séria, 92,0%

(n=184) escolheu a primeira opção, tal como verificado na literatura. (104) O paciente odontopediátrico é atraído por rostos sorridentes e prefere ser tratado por este tipo de profissional dado que o rosto feliz parece mais confiável para a criança, o que lhe transparece a ideia de que o tratamento dentário será mais agradável. (105,106)

Face à eleição acerca da cor da bata do profissional de saúde existem opiniões muito distintas na literatura. Alguns estudos relatam que as crianças têm maior predisposição a preferir a bata branca (10,65,69,103,107–109) enquanto outros estudos sugerem uma maior preferência pela bata colorida. (64,110) O presente estudo está em concordância com as investigações em que as crianças preferiram a bata branca (71,0%, n=142). Os pacientes odontopediátricos consideram um médico com uma bata branca vestida mais competente e preocupado assim como traduz a reflexão de qualidades de limpeza, profissionalismo e autoridade, contrariando o equívoco popular “síndrome da bata branca”. (62,103,107,108)

A criança valoriza o contacto visual para uma melhor relação médico-paciente, portanto a maioria dos entrevistados (78,0%, n=156) elegeu o Profissional Médico Dentista sem óculos, como previsto por Mistry e Tahmassebi. (110)

Relativamente ao equipamento de proteção individual, como na viseira (82,0% n=164) e na touca de proteção (70,5%, n=141) a maioria das crianças escolheram a imagem em que o profissional de saúde não utiliza esses equipamentos, tal como previsto em estudos anteriores.(103) No entanto, no estudo realizado por McKenna *et al.*, os participantes preferiram o uso do equipamento de proteção individual pelo Profissional Médico Dentista. (111) Essa diferença nos resultados pode ser fundamentada pelo facto que a sua amostra ser constituída por pacientes adultos, que entendem o propósito do uso desses equipamentos. As crianças podem ficar intimidadas e podem não ter consciência dos propósitos de proteção que servem, sendo que, na sua perspetiva, estes equipamentos constituem uma barreira física no processo da comunicação entre a criança e o profissional de saúde. Os odontopediatras devem portanto explicar o propósito dos dispositivos de proteção.(103)

3. Cruzamento de Variáveis Estatisticamente Significativas

O género das crianças constitui um fator determinante na ansiedade dentária, verificando-se uma maior incidência nas crianças do género feminino. (106) Comparativamente às crianças do género masculino, as do género feminino são emancipadas a nível psicológico, conseguindo atingir um grau de maturidade mais precocemente mas, naturalmente, a maturidade alberga complexidade e preocupações acrescidas por situações que estão fora do controlo (como é o caso da consulta médico-dentária), levando a um aumento da ansiedade. (112) Outro facto que corrobora com esta ideia é que os sinais de ansiedade, como o bruxismo e a onicofagia, estão comprovados serem mais frequentes no género feminino, sugerindo que este seja o género com maior suscetibilidade e sensibilidade à ansiedade. (113–115) Na maioria dos casos, tal como afirmam Asokan *et al.*, as crianças mais ansiosas veem a Médica Dentista como a Profissional mais empática. (116) Os resultados neste estudo apontam que efetivamente as crianças do género feminino têm uma grande preferência pela Médica Dentista (86,3%) comparativamente ao Médico Dentista, enquanto as crianças do género masculino não têm uma preferência explícita.

Uma vez que a ansiedade é mais prevalente no género feminino seria de esperar que estas tendessem a preferir o uso da bata colorida pelo odontopediatra. (116) Porém no presente estudo, as crianças do género feminino preferem a bata branca (80,0%) em detrimento da bata azul, enquanto nas crianças do género masculino essa preferência não é tão marcada. Segundo com Kuscu *et al.* a visão popular de que as crianças têm medo de batas brancas não é suportada. (69) Do mesmo modo, Nirmala *et al.* afirmam que a bata branca é a indumentária mais adequada para as crianças ansiosas. (117)

Como expectável, a tendência para preferir um potencial atendimento por um profissional Médico Dentista o mais natural possível, sem maquilhagem nem barba, é visivelmente maior nas faixas etárias mais baixas, compreendidas entre os 3 e os 5 anos de idade (47,2%). Da mesma forma, as crianças mais novas não manifestam uma preferência tão elevada pela expressão sorridente como as crianças mais velhas. Parte das crianças dos 3 aos 5 anos de idade constituem a parcela da amostra deste estudo que ainda não visitaram a consulta médico-dentária. Uma vez que não conhecem o ambiente clínico, não há história de más

experiências passadas, esta faixa etária é menos ansiosa. (118) Para as crianças mais velhas, com provável história pregressa mais traumática comparativamente às crianças mais novas, o sorriso do odontopediatra é essencial para a transmissão de segurança. (119) É de salientar que existem estratégias que o Médico Dentista pode adotar de modo a diminuir esta ansiedade e insegurança não só através da cinésica, mas também através de códigos verbais e paraverbais, como o uso linguagem pediátrica e o tom de voz mais tranquilo.(48,54,57)

Uma revisão da literatura revelou a perspectiva da criança sobre a preferência da utilização de máscaras infantis pelo Médico Dentista, dado que as crianças cuja taxa de ansiedade dentária é elevada têm uma preferência marcada pelo uso da máscara de proteção infantil. (103) Ambientes familiares como as monoparentais ou estendidas, constituem ambientes muitas vezes disfuncionais que aumentam a probabilidade da criança possuir uma natureza ansiosa. (120) Por outro lado, as crianças que pertencem a famílias tradicionais tendem a ser mais tranquilas e confiantes do que as outras crianças, logo é compreensível que prefiram a máscara convencional dado que é a imagem do Profissional Médico Dentista a que estão habituadas. Neste estudo, as crianças que pertencem a famílias tradicionais têm uma preferência explícita pela máscara convencional (49,7%), enquanto a máscara infantil prevalece nas outras famílias, como na família monoparental (55,6%) ou na família estendida (39,1%).

Com base em Prasad *et al.* e Shulman e Brehm., as crianças que têm mais cuidados com a sua higiene e saúde oral, tais como higienizar a cavidade oral 2 ou mais vezes por dia ou restringir os hábitos de consumo de doces, têm uma maior maturidade e sensibilidade quanto à compreensão da importância do uso de equipamento de proteção pelo Odontopediatra. (109,121) Este estudo é consistente com a literatura, uma vez que as crianças que usam mais métodos de higienização oral (escova de dentes, pasta dentífrica e complementos) têm uma maior preferência pelo uso de viseira de proteção pelo Médico Dentista (42,5%). Popescu *et al.* testaram o nível de ansiedade das crianças que consumiam doces com frequência e concluíram que estas apresentavam um maior grau de ansiedade comparativamente às crianças que não consumiam, dado que têm maior suscetibilidade de terem lesões de cárie e consequentemente necessitem de tratamentos mais complexos. (118) Em concordância com o descrito, as

crianças que comem menos doces têm maior preferência pela utilização do equipamento de proteção (viseira) pelo Médico Dentista (25,6%).

Os resultados relativos à influência do principal motivo de consultas médico-dentárias na preferência pelo aspecto facial do Médico Dentista sem maquiagem nem barba (54,0%) estão em consonância com a literatura. As crianças que têm consultas de rotina na consulta médico-dentária têm tendência a ser crianças pouco ansiosas uma vez que não necessitam de tratamentos dentários muito invasivos. (80) A ansiedade está intimamente relacionada com a perspectiva do paciente face à aparência facial do Profissional de Saúde, na medida em que um aspecto desprovido de apetrechos tais como acessórios, joias, maquiagem e barba sugere um médico mais competente, capaz de acalmar o paciente ansioso. (102)

Respeitante à avaliação da dor, de acordo com Kuscu *et al.*, a perceção da intensidade da dor influencia o estado de ansiedade da criança. (69) Apenas as crianças que não tiveram uma experiência prévia de dor de dentes preferem a expressão séria do Médico Dentista (12,0%) comparativamente às crianças que passaram por episódios de dor dentária. Por motivos já referidos, como o aumento da ansiedade face a episódio de dor de dentes (69) e pelo facto das Médicas Dentistas serem o modelo atencioso e cuidador relativamente ao género dos Odontopediatras (116), este tipo de crianças prefere ser consultado por uma Médica Dentista (77,8%).

De acordo com Bundy *et al.*(62), os pacientes que já visitaram a consulta médico-dentária, e que provavelmente estão mais sensibilizados e instruídos para uma boa higiene dentária (mais de 2 vezes por dia), estão habituados a um perfil padrão do Médico Dentista, como por exemplo, a utilização da bata branca ou a máscara de proteção convencional. O presente estudo é consistente com a literatura, dado que as crianças que já visitaram a consulta médico-dentária têm maior preferência pela bata branca (68,2%) e os pacientes que higienizam a cavidade oral com maior frequência (2 ou mais vezes por dia) têm uma maior preferência pela máscara convencional (50,0%).

VII – Conclusões

1. Dados relativos aos objetivos propostos

Após a execução da totalidade das tarefas inerentes aos objetivos previamente definidos no presente trabalho, apresentamos as seguintes conclusões:

- 1) Relativamente ao género da criança, verifica-se que as crianças do género feminino têm uma preferência marcada pelo género e pela cor da bata do Profissional de saúde, sendo que preferem o potencial atendimento pela Médica Dentista (86,3%; $p=0.000$) e a bata branca (80,0%; $p=0,008$). As crianças do género masculino não têm uma preferência explícita em nenhum dos fatores supracitados.
- 2) Quanto à idade, denota-se que as crianças mais novas, com idades compreendidas entre os 3 e os 5 anos, têm grande preferência por um profissional de saúde sem maquilhagem ou barba (47,2%, $p=0,012$) e não manifestem uma preferência tão elevada pelo sorriso do Odontopediatra (84,7%, $p=0,017$), como as faixas etárias maiores.
- 3) Em relação aos restantes dados sociodemográficos, as crianças que pertencem a famílias tradicionais têm uma preferência explícita pela máscara convencional (49,7%), enquanto a máscara infantil prevalece nas outras famílias, tais como na família monoparental ou na família estendida ($p=0,031$). Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre o local de habitação das crianças e as habilitações literárias dos pais com criação de empatia com o profissional de saúde.
- 4) Quanto à influência dos hábitos de higiene oral, quem higieniza a cavidade oral duas ou mais vezes por dia tem uma maior preferência pela máscara convencional (50,0%, $p=0,026$). As crianças que utilizam mais métodos de higienização oral preferem um potencial atendimento pelo odontopediatra que utiliza equipamento de proteção, como a viseira (42,5%), em relação às crianças que apenas utilizam a escova de dentes e a pasta dentífrica ($p=0,000$). Quem come menos doces tem maior preferência pelo uso de viseira de proteção pelo clínico (25,6%), comparativamente às crianças que ingerem com mais frequência ($p=0,000$).
- 5) As crianças que já visitaram a consulta médico-dentária, preferem o uso da bata branca (68,2%) e as crianças que nunca visitaram a consulta médico-

dentária têm maior preferência pela bata azul (66,7%, $p=0,018$). Relativamente à frequência das consultas médico-dentárias, as crianças que vão às consultas uma vez por ano ou só quando têm dores preferem o potencial atendimento pela Médica Dentista sem maquiagem (47,9%), em relação às crianças que visitam a consulta médico-dentária com mais frequência ($p=0,025$). As crianças cujo principal motivo de consultas médico-dentárias é a rotina preferem ser atendidas pelo Odontopediatra sem maquiagem/barba (54,0%, $p=0,000$).

- 6) Apenas 12,0% das crianças que não tiveram uma experiência prévia de dor de dentes, têm uma preferência pela expressão séria do Profissional Médico Dentista. A grande maioria prefere ser atendida por um Odontopediatra com uma expressão sorridente, quer tenha tido ou não uma experiência prévia de dor de dentes ($p=0,003$). As crianças que procuraram o profissional de saúde, em caso de dor de dentes, preferiam ser consultados por uma Médica Dentista (77,8%) em detrimento de um Médico Dentista ($p=0,001$).
- 7) Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a classificação da experiência na consulta nem o receio de voltar a uma consulta médico-dentária após episódio de dor de dentes com a conceção específica por parte da criança acerca da aparência do Médico Dentista.
- 8) Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a ansiedade por contágio com a eleição da aparência do Odontopediatra.

2. Contribuições do estudo para o desenvolvimento de uma relação Odontopediátrica de qualidade

Os resultados deste estudo apresentam uma nova visão sobre a percepção dos Médicos Dentistas pelos pacientes odontopediátricos. A investigação identificou que as crianças têm preferências específicas relativamente à imagem dos seus odontopediatras e têm medos identificáveis associados às consultas. Os Médicos Dentistas devem, portanto, no sentido de melhorar a RMP com este tipo de pacientes muito particular, adaptar o decurso da consulta tendo em conta os códigos não-verbais supracitados, a fim de fornecer o melhor atendimento possível.

3. Reflexão crítica acerca do estudo

As principais limitações que reconhecemos neste estudo provêm da qualidade e ou adequação das imagens criadas para o questionário. Com o objetivo de contornar estas limitações específicas, sugerimos que em estudos futuros, todas as alterações à imagem-padrão do Médico Dentista e da Médica Dentista sejam informaticamente manipuladas, tornando-as mais autênticas. Também na categoria “cor da bata”, a escolha de um azul acinzentado, cor muito pouco atraente, poderá ter conduzido a um enviesamento dos resultados. Assim, para situações futuras, será aconselhável prever outras cores, como por exemplo cor-de-rosa ou cor-de-laranja, e também uma terceira bata com desenhos infantis ou quadradinhos. Relativamente à categoria “touca de proteção”, para além das toucas já existentes, teria todo o interesse acrescentar também uma imagem de um Médico Dentista com uma touca de cor que não branca.

A dimensão da amostra deverá ser alargada, dado que este estudo se cinge a uma amostra regional; contudo, no caso das monografias do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da UCP – Viseu, verifica-se a dificuldade de executar um estudo a nível nacional tendo em conta o período disponível para a realização do trabalho final.

Futuramente, quanto aos intervenientes que cederam a sua imagem para desempenhar o papel de Médico Dentista, seria recomendável que o investigador não constasse no questionário, de modo a permitir o seu acompanhamento no processo de preenchimento do mesmo. Deste modo, na presença do investigador aquando o preenchimento do questionário, o viés das respostas relativamente aos dados sociodemográficos, habilitações dos pais, hábitos de higiene oral e cuidados de saúde oral poderiam ser evitados.

Outros aspetos válidos que se poderiam acrescentar ao estudo e que teriam interesse para a comunidade científica seriam a avaliação da influência da idade do médico dentista, a análise da interferência do rendimento familiar na perceção do clínico pelas crianças e a estimativa da intervenção da experiência prévia na consulta médico-dentária dos irmãos, quando existentes.

Com o objetivo de equilibrar as três classes das faixas etárias dos pacientes odontopediátricos seria conveniente aumentar a nossa amostra na faixa etária dos 9 aos 10 anos de idade.

Seria ainda interessante elaborar um estudo de caso-controle, com o intuito de compreender de que modo o fator tempo e todas as experiências vivenciadas até ao momento de nova análise poderiam intervir na escolha das crianças pela imagem do médico dentista.

VIII – Referências Bibliográficas

1. Fayle SA, Tahmassebi JF. Paediatric Dentistry in the New Millennium: 2. Behaviour Management – Helping Children to Accept Dentistry. *Dent Update*. 2003 Jul 2;30(6):294–8.
2. Sharma M, Mittal R. Assessment of psychological effects of dental treatment on children. *Contemp Clin Dent*. 2012 Apr;3(5):2.
3. Taani DQ, El-Qaderi SS, Abu Alhaija ESJ. Dental anxiety in children and its relationship to dental caries and gingival condition. *Int J Dent Hyg*. 2005 May;3(2):83–7.
4. Schuller AA, Willumsen T, Holst D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Apr;31(2):116–21.
5. Longman LP, Ireland RS. Management of dental anxiety. *Vital*. 2010 Sep;7(4):22–5.
6. Gupta A, Marya CM, Pal Bhatia H, Dahiya V, Marya – CM, Rustagi S. Behaviour management of an anxious child. *Stomatol Balt Dent Maxillofac J*. 2014;16(1).
7. Patel M, McTigue DJ, Thikkurissy S, Fields HW. Parental Attitudes Toward Advanced Behavior Guidance Techniques Used in Pediatric Dentistry. *Pediatr Dent*. 38(1):30–6.
8. Wang H. Nonverbal Communication and the Effect on Interpersonal Communication. *Can Cent Sci Educ*. 2009;5(11).
9. Brosky ME, Keefer OA, Hodges JS, Pesun IJ, Cook G. Patient perceptions of professionalism in dentistry. *J Dent Educ*. 2003 Aug;67(8):909–15.
10. Alsarheed M. Children's Perception of Their Dentists. *Eur J Dent*. 2011 Apr;5(2):186–90.
11. Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S. The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health*. 2012 Mar 12;11(1):12.
12. Ridd M, Shaw A, Lewis G, Salisbury C. The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *Br J Gen Pract*. 2009 Apr;59(561):e116-33.
13. Teixeira J. Comunicação em saúde Relação. *Técnicos de Saúde – Utentes. Análise Psicológica*. 2004;22(3):615–20.
14. Filho E. A interação médico-cliente. *Rev Ass Med Bras*. 1998;44(1):35–42.
15. Armfield J, Heaton L. Management of fear and anxiety in the dental clinic: a

- review. *Aust Dent J.* 2013 Dec;58(4):390–407.
16. Montagna D. Ansiedade Dentária em crianças - A importância da sua gestão na consulta de odontopediatria. Viseu. Dissertação [Mestrado em Medicina Dentária] - Universidade Católica Portuguesa; 2014
 17. Rabaldo Bottan E, Garcia Silveira E, Marín de los Ríos Odebrecht C, Marchiori de Araújo S, Mercês Aquino Gouveia de Farias M. Relação entre Ansiedade ao Tratamento Dentário e Caracterização do Dentista Ideal: Estudo com Crianças e Adolescentes. *Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxilofac.* 2010;51:19–23.
 18. Davey GC. Dental phobias and anxieties: evidence for conditioning processes in the acquisition and modulation of a learned fear. *Behav Res Ther.* 1989;27(1):51–8.
 19. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston M V. The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Eval Health Prof.* 2004 Sep 24;27(3):237–51.
 20. Jones LM, Huggins TJ. Empathy in the dentist-patient relationship: review and application. *N Z Dent J.* 2014 Sep;110(3):98–104.
 21. Silva ACM. Medo e Ansiedade Dentária: Uma realidade. Porto. Dissertação [Mestrado em Medicina Dentária] - Universidade Fernando Pessoa; 2012.
 22. Vinodhini BJ, Asokan S, Priya PRG, John JB. It ' s Lame to Tame-Children with Special Health Care Needs. *J Acad Dent Educ.* 2014;1(1):39–44.
 23. Olumide F, Newton JT, Dunne S, Gilbert DB. Anticipatory anxiety in children visiting the dentist: lack of effect of preparatory information. *Int J Paediatr Dent.* 2009 Sep;19(5):338–42.
 24. Schniering CA, Hudson JL, Rapee RM. Issues in the diagnosis and assessment of anxiety disorders in children and adolescents. *Clin Psychol Rev.* 2000 Jun;20(4):453–78.
 25. Feigal RJ. Guiding and managing the child dental patient: a fresh look at old pedagogy. *J Dent Educ.* 2001 Dec;65(12):1369–77.
 26. Kanwal F, Jamil Y, Khan H. Effect of Parental Anxiety on Child Behaviour in the Dental Surgery. *JKCD.* 2012;2(2).
 27. Bankole OO, Denloye OO, Aderinokun GA. The Effect of Mothers Past Dental Experience on the Behaviour of some Nigerian Children During Dental Treatment. *African J Biomed Res.* 2004;7:113–8.
 28. Shinde SD, Hegde RJ. Evaluation of the influence of parental anxiety on

- children's behavior and understanding children's dental anxiety after sequential dental visits. *Indian J Dent Res.* 2017;28(1):22–6.
29. Arrrup K, Berggren U, Broberg AG, Lundin S-A, Hakeberg M. Attitudes to dental care among parents of uncooperative vs. cooperative child dental patients. *Eur J Oral Sci.* 2002 Apr;110(2):75–82.
 30. Townend E, Dimigen G, Fung D. A clinical study of child dental anxiety. *Behav Res Ther.* 2000 Jan;38(1):31–46.
 31. Muris P, Meesters C, Merckelbach H, Hülsenbeck P. Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment. *Behav Res Ther.* 2000 May;38(5):487–97.
 32. Sheller B. Challenges of managing child behavior in the 21st century dental setting. *Pediatr Dent.* 26(2):111–3.
 33. Stigers JI. Nonpharmacologic Management of Children's Behaviors. In: McDonald and Avery's Dentistry for the Child and Adolescent. Elsevier; 2016. p. 286–302.
 34. Armfield JM, Stewart JF, Spencer AJ. The vicious cycle of dental fear: exploring the interplay between oral health, service utilization and dental fear. *BMC Oral Health.* 2007 Dec 14;7(1):1.
 35. Armfield JM, Heaton LJ. Management of fear and anxiety in the dental clinic : a review. 2013;390–407.
 36. Rantavuori K, Zerman N, Ferro R, Lahti S. Relationship between children's first dental visit and their dental anxiety in the Veneto Region of Italy. *Acta Odontol Scand.* 2002 Oct;60(5):297–300.
 37. Riba H, Al-Zahrani S, Al-Buqmi N, Al-Jundi A. A Review of Behavior Evaluation Scales in Pediatric Dentistry and Suggested Modification to the Frankl Scale. *EC Dent Sci .* 2017;16(6):269–75.
 38. Kawia HM, Mbawalla HS, Kahabuka FK. Application of Behavior Management Techniques for Paediatric Dental Patients by Tanzanian Dental Practitioners. *Open Dent J.* 2015;9:455–61.
 39. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Behavior Guidance for the Pediatric Dental Patient. *RM* 2015; 37(6):180–193.
 40. Appukuttan D. Strategies to manage patients with dental anxiety and dental phobia: literature review. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2016 Mar;8:35.
 41. Harbuz DK, O'Halloran M. Techniques to administer oral, inhalational, and IV sedation in dentistry. *Australas Med J.* 2016;9(2):25–32.

42. Carson P, Freeman R. Tell-show-do: reducing anticipatory anxiety in emergency paediatric dental patients. *Int J Heal Promot Educ*. 1998 Jan;36(3):87–90.
43. Burghardt S, Koranyi S, Magnucki G, Strauss B, Rosendahl J. Non-pharmacological interventions for reducing mental distress in patients undergoing dental procedures: Systematic review and meta-analysis. *J Dent*. 2018 Feb 1;69:22–31.
44. Cianetti S, Paglia L, Gatto R, Montedori A, Lupatelli E. Evidence of pharmacological and non-pharmacological interventions for the management of dental fear in paediatric dentistry: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2017 Aug 18;7(8):e016043.
45. American Academy of Pediatric Dentistry. Guideline on Informed Consent for the Pediatric Dental Patient. *RM* 2015; 37(6): 315-317
46. Capucho M. Communication verbale et non-verbale. In: *Maigret Communication et Médias*. Paris Les Not – La Doc Française; 2003. p.11–5.
47. Law CS, Blain S. Approaching the pediatric dental patient: a review of nonpharmacologic behavior management strategies. *J Calif Dent Assoc*. 2003 Sep;31(9):703–13.
48. Wurster CA, Weinstein P, Cohen AJ. Communication Patterns in Pedodontics. *Percept Mot Skills*. 1979 Feb 6;48(1):159–66.
49. Wong CKM, Yip BHK, Mercer S, Griffiths S, Kung K, Wong MC-S, et al. Effect of facemasks on empathy and relational continuity: a randomised controlled trial in primary care. *BMC Fam Pract*. 2013 Dec 24;14:1-200.
50. Mendel LL, Gardino JA, Atcherson SR. Speech understanding using surgical masks: a problem in health care? *J Am Acad Audiol*. 2008 Oct;19(9):686–95.
51. Franco MG, Reis MJ GT. Comunicação, Linguagem e Fala: Perturbações Específicas de Linguagem em contexto escolar. *Educação Md*. p.15–7.
52. Fairclough N. *Language and Power*. London/New York : Longman; 1989.
53. Sarnat DMD H, Arad David Hanauer E Shohami PM. Communication strategies used during pediatric dental treatment: a pilot study. *Pediatr Dent – Am Acad Pediatr Dent*. 2001;233(337).
54. Tubbs SL. *Human communication : principles and contexts*. McGraw-Hill; 2013.
55. Tente S. A gestão dos espaços na consulta de medicina dentária na clínica universitária. Viseu. *Dissertação [Mestrado em Medicina Dentária]* -

- Universidade Católica Portuguesa; 2012.
56. Goffman E. *A Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias*. 4^a. Petrópolis: Vozes; 2002.
 57. Nutter DP. Good, clinical pain practice for pediatric procedure pain: iatrogenic considerations. *J Calif Dent Assoc*. 2009 Oct;37(10):713–8.
 58. Piaget J. The Affective Unconscious and the Cognitive Unconscious. *J Am Psychoanal Assoc*. 1973 Apr;21(2):249–61.
 59. Leão MM, Garbin CAS, Moimaz SAS, Roviada TAS, Leão MM, Garbin CAS, et al. Oral health and quality of life: an epidemiological survey of adolescents from settlement in Pontal do Paranapanema/SP, Brazil. *Cien Saude Colet*. 2015 Nov;20(11):3365–74.
 60. Wyrick DL, Bond L. Reducing Sensitive Survey Response Bias in Research on Adolescents: A Comparison of Web-Based and Paper-and-Pencil Administration. *Am J Heal Promot*. 2011 May;25(5):349–52.
 61. Andrade DJC, Guedes-Pinto AC. *Textos Escolhidos de Odontopediatria*. 1st ed. Universidade do Porto Edições; 2017.
 62. Budny AM, Rogers LC, Mandracchia VJ, Lascher S. The Physician ' s Attire and Its Influence on Patient Confidence. 2006;96(2):132–8.
 63. Barbabela D, Mota JPT, Maia PGM, Bonanato K, Paiva SM, Pordeus IA. Children's preference for the odontopediatric gender. *Arq em Odontol*. 2006;44(2):74–80.
 64. Patir Münevveroğlu A, Ballı Akgöl B, Erol T. Assessment of the Feelings and Attitudes of Children towards Their Dentist and Their Association with Oral Health. *ISRN Dent*. 2014;2014:867234.
 65. Babu SP. Preferences of Dentists' Attire among Children. *Int J Prev Clin Dent Res*. 2016;3(4):258–60.
 66. Zuidgeest M, Hendriks M, Koopman L, Spreeuwenberg P, Rademakers J. A comparison of a postal survey and mixed-mode survey using a questionnaire on patients' experiences with breast care. *J Med Internet Res*. 2011 Sep 27;13(3):e68.
 67. Kongsved SM, Basnov M, Holm-Christensen K, Hjollund NH. Response Rate and Completeness of Questionnaires: A Randomized Study of Internet Versus Paper-and-Pencil Versions. *J Med Internet Res*. 2007 Sep 30;9(3):e25.
 68. Freidson E, Feldman J. The public looks at dental care. *J Am Dent Assoc*.

- 1958 Sep;57(3):325–35.
69. Kuscu OO, Çaglar E, Kayabasoglu N, Sandalli N. Short Communication : Preferences of dentist ' s attire in a group of Istanbul school children related with dental anxiety. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009 Jan;10(1):38-41.
 70. Jennings JD, Ciaravino SG, Ramsey F V., Haydel C. Physicians' Attire Influences Patients' Perceptions in the Urban Outpatient Orthopaedic Surgery Setting. *Clin Orthop Relat Res*. 2016;
 71. Direção-Geral de Estatísticas da Educação e Ciência (DGEEC). Perfil do Aluno 2015/2016. 2017.
 72. Instituto Nacional de Estatística. Tipologia de áreas urbanas 2014. 2014.
 73. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal. Vol. 60. 2011.
 74. Ministério da Educação. Educação e formação em Portugal. Revista do Departamento de Sociologia. Porto; 2007.
 75. Direção-Geral da Saúde. Norma Da Direção Geral Da Saúde. 2008
 76. Meyer F. Early Childhood Caries: Epidemiology, Aetiology, and Prevention. *Int J Dent*. 2018;5:1–7.
 77. Direção-Geral da Saúde. Alimentação Saudável em Números 2014 do Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável. 2014;1–82.
 78. Martins E, Mendes F, Fernandes R. Hábitos alimentares em crianças e jovens: nível de adesão à Dieta Mediterrânica. 2012;
 79. Barata C, Veiga N, Mendes C, Araújo F, Ribeiro O, Coelho I. Determinação do CPOD e comportamentos de saúde oral numa amostra de adolescentes do concelho de Mangualde. *Rev Port Estomatol Med Dentária e Cir Maxilofac*. 2013 Jan 1;54(1):27–32.
 80. Subramanian P, Rajasekaran S, April M, April M. Children ' s Perception of Their Dentists . *Res J Pharm , Biol Chem Sci*. 2016;7(787):787–91.
 81. Ordem dos Médicos Dentistas. Saúde oral na criança. p. 3–4.
 82. Siegal MD, Marx ML, Cole SL. Parent or caregiver, staff, and dentist perspectives on access to dental care issues for head start children in Ohio. *Am J Public Health*. 2005 Aug;95(8):1352–9.
 83. Duijster D, de Jong-Lenters M, Verrips E, van Loveren C. Establishing oral health promoting behaviours in children - parents' views on barriers, facilitators and professional support: a qualitative study. *BMC Oral Health*. 2015 Dec 10;15:157.

84. Qiu RM, Tao Y, Zhou Y, Zhi QH, Lin HC. The relationship between children's oral health-related behaviors and their caregiver's social support. *BMC Oral Health*. 2016 Sep 1;16(1):86.
85. Slade GD. Epidemiology of dental pain and dental caries among children and adolescents. *Community Dent Health*. 2001 Dec;18(4):219–27.
86. Lourenço CB, Saintrain MV de L, Vieira APGF. Child, neglect and oral health. *BMC Pediatr*. 2013 Nov 18;13:188.
87. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. *Lancet*. 2002 Oct 5;360(9339):1083-8.
88. Babaji P, Chauhan PP, Rathod V, Mhatre S, Paul U, Guram G. Evaluation of child preference for dentist attire and usage of camouflage syringe in reduction of anxiety. *Eur J Dent*. 2017;11(4):531–6.
89. Luoto A, Tolvanen M, Rantavuori K, Pohjola V, Karlsson L, Lahti S. Individual changes in dental fear among children and parents: A longitudinal study. *Acta Odontol Scand*. 2014 Nov 12;72(8):942–7.
90. Folayan MO, Ufomata D, Adekoya-Sofowora CA, Otuyemi OD, Idehen E. The effect of psychological management on dental anxiety in children. *J Clin Pediatr Dent*. 2003;27(4):365–70.
91. Strøm K, Rønneberg A, Skaare AB, Espelid I, Willumsen T. Dentists' use of behavioural management techniques and their attitudes towards treating paediatric patients with dental anxiety. 2015;(123).
92. Carter AE, Carter G, Boschen M, AlShwaimi E, George R. Pathways of fear and anxiety in dentistry: A review. *World J Clin cases*. 2014 Nov 16;2(11):642–53.
93. Panda A, Garg I, Shah M. Children's preferences concerning ambiance of dental waiting rooms. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2015 Feb 24;16(1):27–33.
94. Alshoraim MA, El-Housseiny AA, Farsi NM, Felemban OM, Alamoudi NM, Alandejani AA. Effects of child characteristics and dental history on dental fear: cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2018;18(1):33.
95. Levitt J, Mcgoldrick P, Evans D. The management of severe dental phobia in an adolescent boy: a case report. *Int J Paediatr Dent*. 2000 Dec;10(4):348–53.
96. Cardoso CL, Loureiro SR, Nelson-Filho P. Pediatric dental treatment: manifestations of stress in patients, mothers and dental school students. *Braz Oral Res*. 18(2):150–5.

97. Bankole OO, Denloye OO, Aderinokun GA. The effect of mothers past dental experience on the behaviour of some nigerian children during dental treatment. 2004;7:113–8.
98. Sangeetha KM, Vinay K Kumar, George Sam, Nitish Shrivastava, RS Dhanya MP. Evaluation of the Perception and Attitude of Children toward their Dentist : An Exploratory Study. *Int J Prev Clin Dent Res.* 2016;3(4):282–4.
99. Smith MK, Dundes L. The implications of gender stereotypes for the dentist-patient relationship. *J Dent Educ.* 2008 May;72(5):562–70.
100. Sinkford JC, Valachovic RW, Harrison S. Advancement of women in dental education: trends and strategies. *J Dent Educ.* 2003 Jan;67(1):79–83.
101. Lalloo R, Myburgh NG, Hobdell MH. Dental caries, socio-economic development and national oral health policies. *Int Dent J.* 1999 Aug;49(4):196–202.
102. Furnham A, Chan PS, Wilson E. What to wear? The influence of attire on the perceived professionalism of dentists and lawyers. *J Appl Soc Psychol.* 2013 Sep;43(9):1838–50.
103. Panda A, Garg I, Bhobe AP. Children’s perspective on the dentist’s attire. *Int J Paediatr Dent.* 2014;24(2):98–103.
104. Mccarthy JJ, Mccarthy MC, Eilert RE. Children’s and Parents’ Visual Perception of Physicians. 2015;(March 1999):145–52.
105. Bare LC, Dundes L. Strategies for combating dental anxiety. *J Dent Educ.* 2004 Nov;68(11):1172–7.
106. Farooq I, Ali S. A cross sectional study of gender differences in dental anxiety prevailing in the students of a Pakistani dental college. *Saudi J Dent Res.* 2015 Jan 1;6(1):21–5.
107. Rehman SU, Nietert PJ, Cope DW, Kilpatrick AO. What to wear today? Effect of doctor’s attire on the trust and confidence of patients. *Am J Med.* 2005;118(11):1279–86.
108. Zeren AE, Öktem ZB, Can İ, Bezgin T, Özalp N. What to wear when practicing on pediatric dental patients? 2016;37–41.
109. Prasad V, Kamavaram E, Mohammed M, Taranath M, Ramagoni NK, Kumar V, et al. Children and Parent’s Attitude and Preferences of Dentist’s Attire in Pediatric Dental Practice. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2015;8:102–7.
110. Mistry D, Tahmassebi JF. Children’s and parents’ attitudes towards dentists’

- attire. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2009;10(4):237–40.
111. McKenna G, Lillywhite GRR, Maini N. Patient preferences for dental clinical attire: A cross-sectional survey in a dental hospital. *Br Dent J*. 2007;203(12):681–5.
 112. Moffitt TE, Caspi A. Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. Cambridge Univ Press. 2001;13(2):355–75.
 113. McLean CP, Asnaani A, Litz BT, Hofmann SG. Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*. 2011 Aug;45(8):1027–35.
 114. Gonçalves LPV, Toledo OA de, Otero SAM. Relação entre bruxismo, fatores oclusais e hábitos bucais. *Dental Press J Orthod*. 2010 Apr;15(2):97–104.
 115. Sutin AR, Terracciano A, Ferrucci L, Costa PT, Jr. Teeth Grinding: Is Emotional Stability related to Bruxism? *J Res Pers*. 2010 Jun;44(3):402–5.
 116. Asokan A, Kambalimath H, Patil R, Maran S, Bharath K. A survey of the dentist attire and gender preferences in dentally anxious children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*. 2016;34(1):30.
 117. Nirmala SVSG, Veluru S, Nuvvula S, Chilamakuri S. Preferences of Dentist's Attire by Anxious and Nonanxious Indian Children. *J Dent Child (Chic)*. 82(2):97–101.
 118. Popescu SM, Dascălu IT, Scriciu M, Mercuț V, Moraru I, Țuculină MJ. Dental Anxiety and its Association with Behavioral Factors in Children. *Curr Heal Sci J*. 2014;40(4):261–4.
 119. Caulfield F, Ewing L, Bank S, Rhodes G. Judging trustworthiness from faces: Emotion cues modulate trustworthiness judgments in young children. *Br J Psychol*. 2016 Aug;107(3):503–18.
 120. Bögels SM, Brechman-Toussaint ML. Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clin Psychol Rev*. 2006 Nov;26(7):834–56.
 121. Shulman ER, Brehm WT. Dental clinical attire and infection-control procedures. Patients' attitudes. *J Am Dent Assoc*. 2001 Apr;132(4):508–16.

Anexo I - Questionário

Os seus dados estão protegidos ao abrigo da lei nº67/98 de 26 de Outubro - relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados.

O preenchimento desta secção deve ser auxiliado pelos pais ou responsável legal.

Caracterização Individual da criança

1. Género da criança

- Masculino
 Feminino

2. Idade: _____ Anos

3. Zona onde mora?

- Rural
 Urbana

4. Com quem mora? (Pode assinalar várias opções)

- Pai;
 Mãe;
 Irmãos; Idades: _____
 Tios;
 Avós;
 Primos;
 Outros. Quem? _____.

5. Quais as habilitações literárias dos pais? (Assinalar com um X na mais elevada)

	Pai	Mãe
< 4º ano		
4º ano		
6º ano		
9º ano		
12º ano		
Licenciatura		
Mestrado		
Doutoramento		

6. Qual a profissão do pai? _____ . E da mãe? _____ .

O preenchimento desta secção deve ser auxiliado pelos pais ou responsável legal.

Caracterização Dos Cuidados de Saúde Oral da criança

1. Lava os dentes?

- Sim
- Não

1.1 Se sim, quantas vezes?

- Uma vez. Quando? _____
- Duas vezes. Quando? _____
- Mais de duas vezes. Quando? _____

1.2 O que utiliza para lavar os dentes? (Possível assinalar várias opções)

- Escova
- Pasta. Qual? _____
- Elixir
- Fio dentário

2. Com que frequência ingere doces?

- Todos os dias
- Frequentemente
- Raramente
- Nunca

3. Já alguma vez visitou um Médico Dentista?

- Sim. Quando? _____
- Não

3.1. Se sim, com que frequência tem consultas?

- Várias vezes por mês
- De 6 em 6 meses
- Uma vez por ano
- Só quando tem dores

3.2. Quais os principais motivos das consultas? (Possível assinalar várias opções)

- Rotina;
- Dor de dentes;
- Cara inchada;
- Tratamento de cáries;
- Outro. Qual? _____

4. Alguma vez teve dores de dentes?

- Sim
- Não

4.1. Se sim, procurou o Médico Dentista?

- Sim
- Não

4.2 Como classifica a experiência?

- Boa
- Má

4.2.1. Se má, quais as razões? (Possível assinalar várias opções)

- Teve dor
- Esteve muito tempo na sala de espera
- A consulta demorou muito tempo
- O Médico Dentista não era simpático
- Não gostou do ambiente de consultório

4.3. A partir desse dia ficou com mais receio de voltar às próximas consultas?

- Sim
- Não

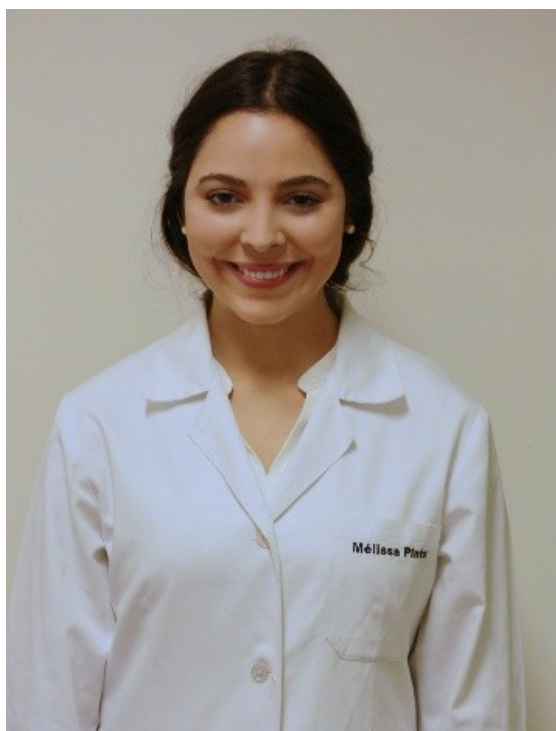
5. Quem tem medo de ir ao Médico Dentista? (Possível assinalar várias opções)

- Mãe
- Pai
- Irmãos
- Outros Familiares
- Amigos
- Ninguém

Esta secção deve ser preenchida exclusivamente pela criança (com auxílio de um adulto) sob instruções que lhe irão ser fornecidas no momento do preenchimento.

Instruções: Responde às seguintes perguntas, colocando um "X" na imagem que preferires. Em cada alínea deves optar **apenas por uma** opção.

Pergunta 1. Preferias ser atendido por uma Médica Dentista ou por um Médico Dentista?



A. Médica Dentista



B. Médico Dentista

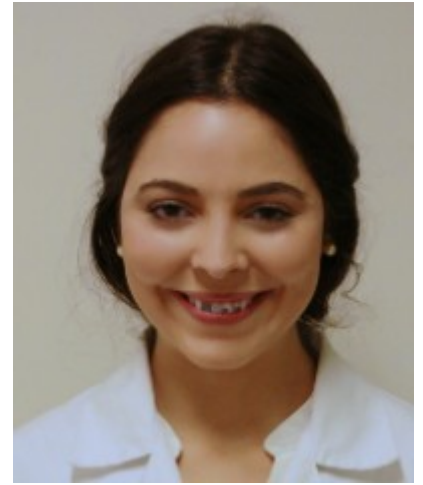
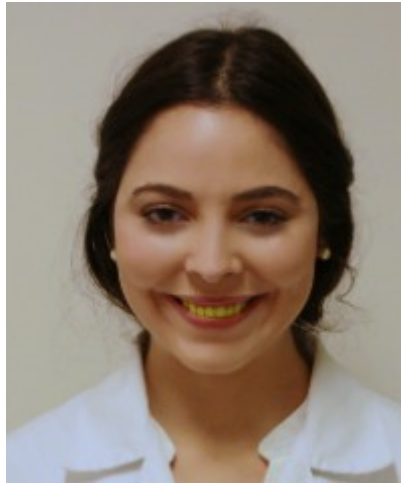
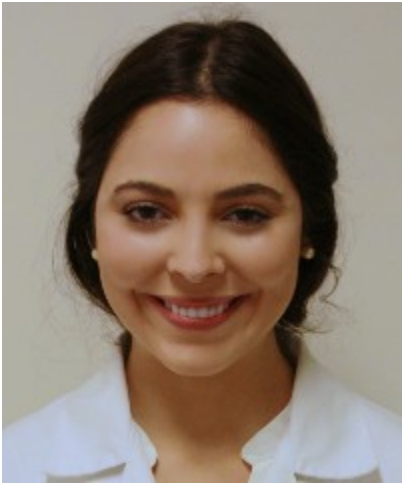
Se respondeste **Médica Dentista** passa para a **pergunta 2 (página 7)**

Se respondeste **Médico Dentista** passa para a **pergunta 3 (página 10)**

Esta secção deve ser preenchida exclusivamente por crianças que preferem ser atendidas pela Médica Dentista

Pergunta 2. Preferias ser atendido(a) por qual Médica Dentista? (Responde às 8 alíneas, escolhe apenas uma opção)

2.1:

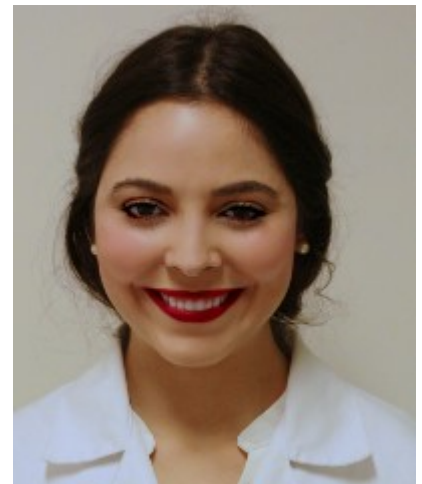
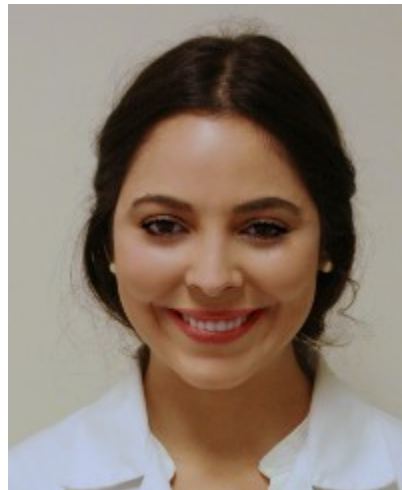
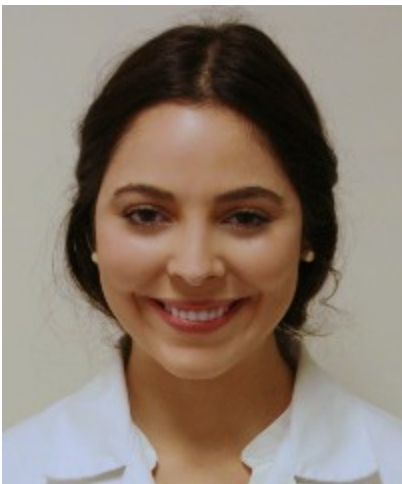


A.

B.

C.

2.2:

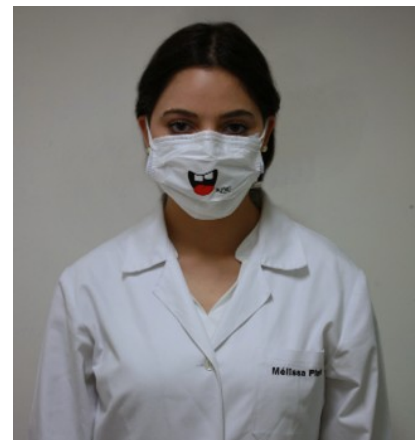


A.

B.

C.

2.3:

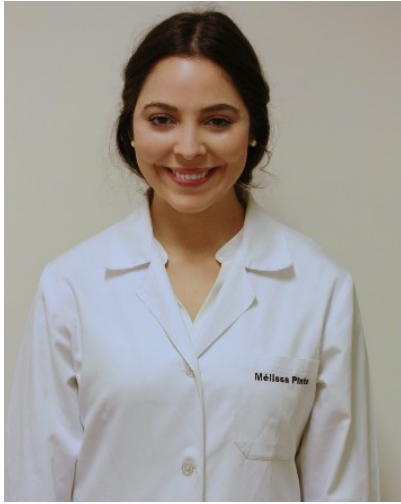


A.

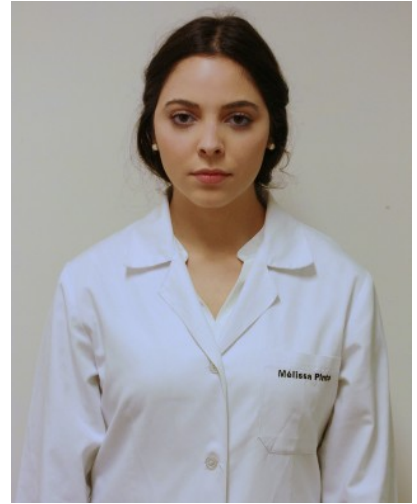
B.

C.

2.4:

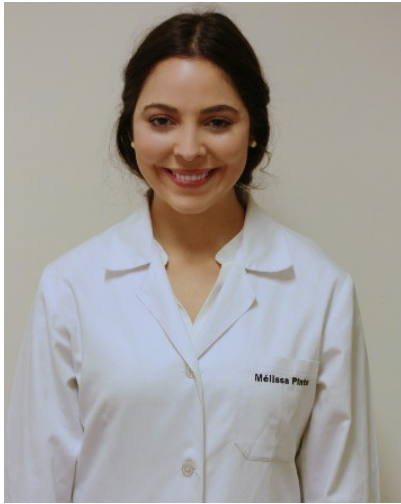


A.

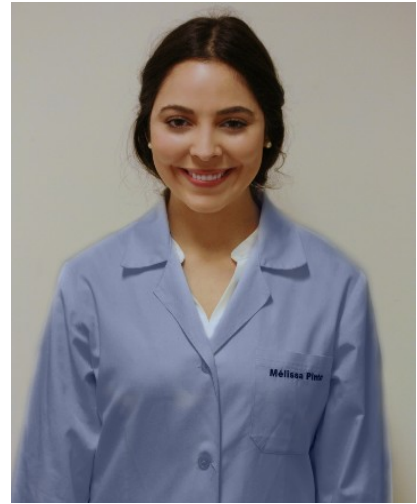


B.

2.5:

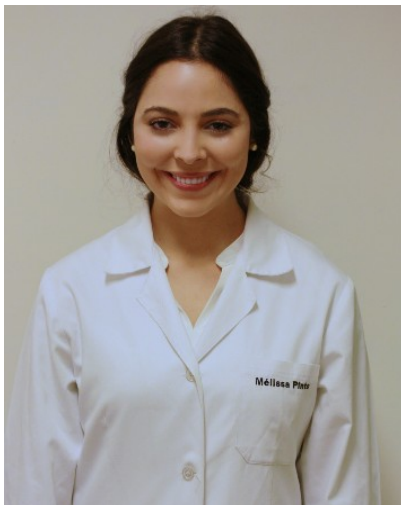


A.

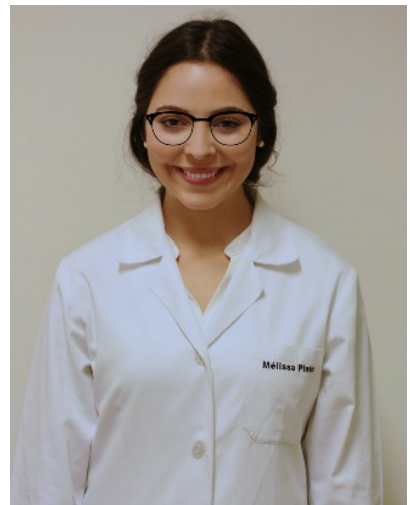


B.

2.6:

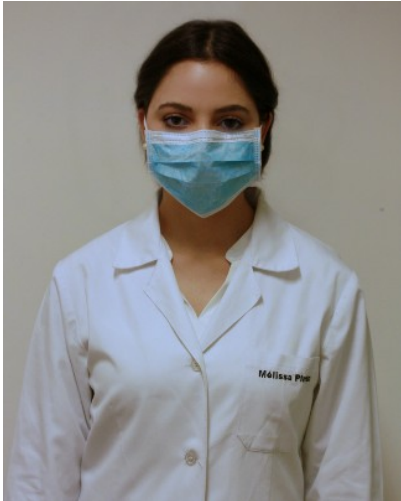


A.



B.

2.7:



A.

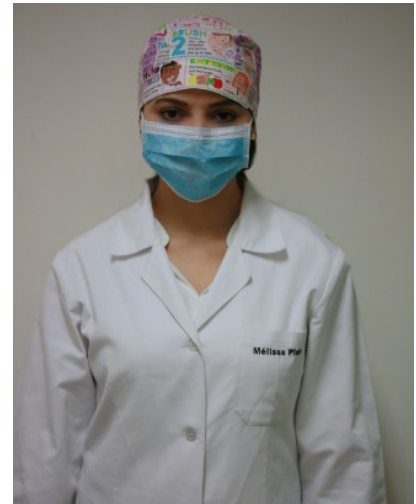


B.

2.8:



A.



B.

Se escolheste a Médica Dentista o teu questionário acaba aqui.
Obrigada pela tua colaboração!!!



Esta secção deve ser preenchida exclusivamente por crianças que preferem ser atendidas pela Médico Dentista
Pergunta 3. Preferias ser atendido(a) por qual Médico Dentista? (Responde às 8 alíneas, escolhe apenas uma opção)

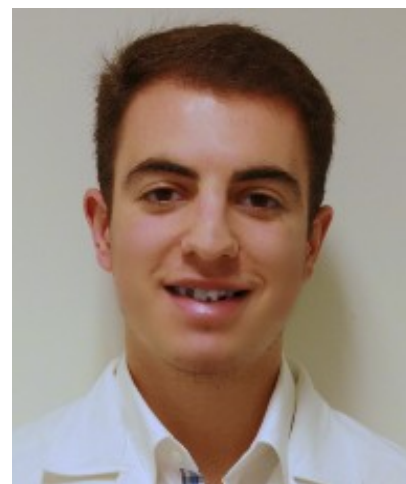
3.1:



A.



B.



C.

3.2:



A.



B.



C.

3.3:



A.



B.

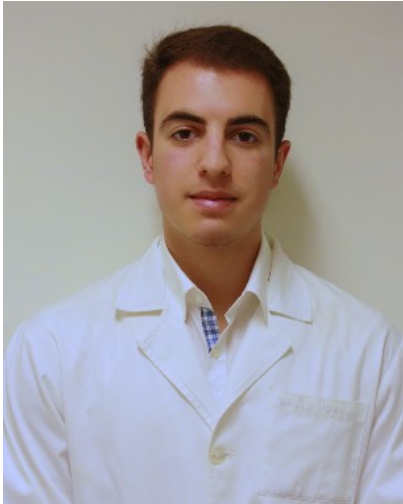


C.

3.4:



A.



B.

3.5:



A.



B.

3.6:



A.

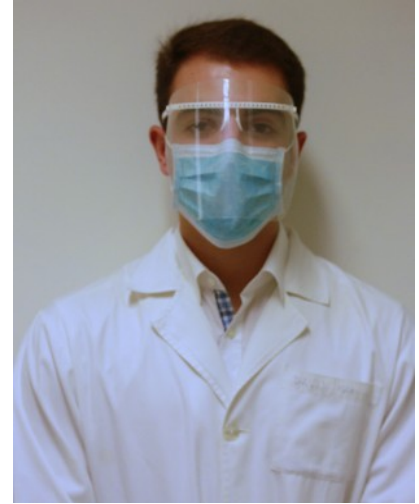


B.

3.7:



A.

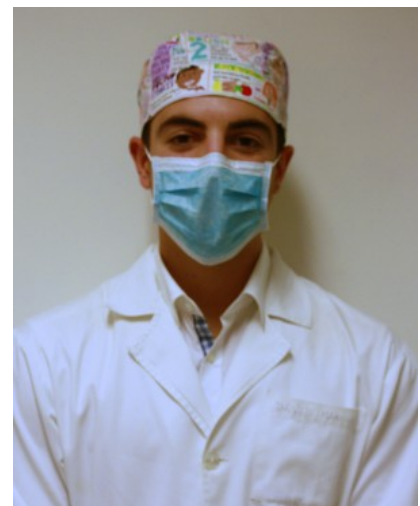


B.

3.8:



A.



B.

Se escolheste o Médico Dentista o teu questionário acaba aqui.
Obrigada pela tua colaboração!!!



Anexo II – Consentimento Informado

Trabalho de Investigação: “A influência da imagem do Médico Dentista na criação de empatia com o paciente odontopediátrico”

Este questionário enquadra-se no desenvolvimento de um estudo de carácter científico na Área Disciplinar de Odontopediatria da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária.

Este estudo consistirá nas seguintes tarefas:

- Preenchimento de um questionário com o intuito de avaliar a preferência da imagem profissional do Médico Dentista (Odontopediatra);
- Verificação da relação entre a escolha com a idade da criança, género e influência de experiências prévias no dentista.

Os investigadores deste projeto garantem o anonimato e a máxima confidencialidade, tanto dos dados que constam na ficha clínica bem como dos dados recolhidos, que serão exclusivamente utilizados pela equipa de investigação apenas para fins estatísticos.

Este estudo não envolve procedimentos que não se enquadrem na prática clínica normal nem pretende testar novos produtos ou Medicamentos.

Ao decidir participar neste estudo pode realizar todas as questões que achar necessárias para o seu esclarecimento ou solicitar informações aos responsáveis do estudo em qualquer etapa do mesmo. Em qualquer momento poderá requerer informações sobre os resultados obtidos, que lhe serão facultados se assim o desejar. A participação neste estudo é totalmente voluntária, não acarreta quaisquer custos, havendo a possibilidade de retirar o seu consentimento informado da participação em qualquer etapa do estudo, sem necessidade de facultar explicações aos seus responsáveis.

Eu, _____, legítimo/a responsável por _____, declaro que está autorizado/a a participar no estudo, tendo sido devidamente informado(a) sobre o conteúdo do mesmo.

Afirmo que compreendi e fiquei totalmente esclarecido/a com a explicação que me foi fornecida acerca deste trabalho científico, tendo-me sido dada a oportunidade para colocar todas as perguntas que julguei necessárias.

_____ de _____ de 2018

(assinatura legível)

Mélissa Sousa Pinto

Professora Doutora Andreia Figueiredo

