

## COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS E O AUTORRELATO DE DOR NO ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

FERNANDA BURKERT MATHIAS<sup>1</sup>; MARIANA GONZALEZ CADEMARTORI<sup>2</sup>;  
EDUARDO JUNG ZBOROWSKI<sup>3</sup>; VANESSA POLINA PEREIRA COSTA<sup>4</sup>; DIONE  
DIAS TORRIANI<sup>5</sup>; MARÍLIA LEÃO GOETTEMS<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – fehmathias@hotmail.com

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – marianacademartori@ymail.com

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas - eduardozoba@hotmail.com

<sup>4</sup>Universidade Federal de Pelotas – polinatur@yahoo.com.br

<sup>5</sup>Universidade Federal de Pelotas – dionedt@gmail.com

<sup>6</sup>Universidade Federal de Pelotas – mariliagoettems@hotmail.com

### 1. INTRODUÇÃO

De acordo com a *International Association for the Study of Pain* (1986), a dor é “uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”. No entanto, além do dano tecidual, fatores emocionais e reações psicológicas fazem com que a percepção da dor tenha também um caráter subjetivo.

Procedimentos odontológicos podem estar relacionados com aumento do estresse e ansiedade em crianças. A percepção da dor pela criança ao tratamento odontológico pode ser influenciada por esses sentimentos, bem como por experiências pregressas negativas (TSAO et al., 2004 ; AKARSLAN et al., 2010).

Para aferir a dor infantil, foram criados diversos métodos que visam a obtenção de dados detalhados sobre a percepção da dor em diversas situações infantis, inclusive a intensidade dos sintomas. Há basicamente três tipos de avaliações comumente usadas: o auto relato, o método observacional e o psicológico (HICKS et al., 2001). Um dos métodos mais utilizados são as escalas de faces. Este instrumento proporciona o autorrelato da intensidade da dor por meio de expressões faciais, e é especialmente utilizado em crianças devido sua fácil aplicação.

Durante a realização de procedimentos odontológicos, é muito comum que as crianças expressem sua sensibilidade à dor e a ansiedade por meio de comportamentos negativos. O tipo de procedimento a qual a criança é submetida também pode vir a influenciar o seu comportamento e a percepção da dor. Segundo o estudo de MARTINS et al. (2010), crianças submetidas a exodontias apresentaram maior frequência de comportamento não colaborador quando comparado às consultas anteriores com procedimentos menos invasivos. Sendo assim, é importante avaliar se o tipo de procedimento e o comportamento apresentado pela criança estão relacionados com a sua percepção de dor. Sendo assim, o presente estudo objetiva identificar os fatores relacionados ao autorrelato da dor infantil, tais quais o comportamento apresentado durante o atendimento, o tipo de procedimento realizado pelo profissional e o medo expressado pela criança, considerando fatores demográficos como sexo e idade.

### 2. METODOLOGIA

Este estudo transversal foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas (FO/UFPel). Uma amostra de conveniência foi obtida, entre crianças acima dos seis anos de idade, atendidas na Clínica Infantil da FO/UFPel. Crianças portadoras de distúrbios

neuropsicomotores foram excluídas do estudo. Após a leitura da Carta de Informação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pelo responsável autorizando a participação da díade neste estudo.

Foram coletadas as variáveis: sexo e idade da criança, tipo de tratamento, comportamento da criança e o autorrelato de dor da criança sobre o atendimento a que foi submetida. A coleta de dados ocorreu em três momentos: No primeiro momento foi aplicado um questionário à mãe da criança, contendo informações sobre dados demográficos. No segundo momento, o comportamento foi avaliado por meio de uma escala adotada para avaliação do comportamento da criança da Unidade de Clínica Infantil da FO/UFPel, na qual há três opções de classificação do comportamento: Comportamento Ótimo/Bom, Comportamento Regular e Comportamento Ruim/Péssimo. Finalmente, após a consulta foi aplicado a Escala Visual Analógica "*Faces Pain Scale*" (Biere et al. 1990) para avaliar a percepção de dor do atendimento a que a criança foi submetida. Esta escala é definida pelos números 0, 2, 4, 6, 8 e 10. O número 0 representa "Nenhuma dor" e, o 10 "Muita dor". Nessa escala não há expressões de sorriso ou lágrimas, o que evita a comparação com sentimentos de felicidade ou tristeza (CHAMBERS et al. 1998; HUGUET et al. 2009).

Os dados foram analisados por estatística descritiva, e as associações foram testadas pelo testes Exato de Fisher ( $p < 0,05$ ).

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na pesquisa, foi coletado o autorrelato de dor de 27 crianças entre a faixa etária de 8 a 14 anos logo após o atendimento odontológico por meio da escala analógica visual "*Faces Pain Scale*". Um total de 11 crianças com idades entre 8 a 10 anos relataram ausência de dor após o procedimento, o que equivale a 64,71% dos participantes, enquanto que 6 da mesma faixa etária relataram a experiência de dor (35,29%). Já 8 crianças entre 11 e 14 negaram a sensação dolorosa ao passo que 2 afirmaram a presença de dor ( $p = 0,666$ ).

Ainda, quanto ao sexo, 10 crianças do sexo feminino não referiram ter sentido dor após o atendimento odontológico (73,43%), ao passo que 4 (28,57%) relataram a experiência da dor. Quanto ao gênero masculino, observou-se a incoerência de um procedimento doloroso na entrevista de 9 pacientes infantis (69,23%), em contraponto a 4 crianças que responderam afirmativamente quando questionados acerca de ter sentido dor após o atendimento odontológico (30,77%). Contudo, não foi observada associação significativa quanto a esses dados ( $p = 0,901$ ).

Em relação ao comportamento, 19 crianças que apresentaram comportamento positivo não relataram ter sentido dor (79,17%), enquanto outras 5 crianças com comportamento igualmente positivo afirmaram ter sentido dor após o tratamento odontológico (20,83%). Por outro lado, 3 crianças que não colaboraram com o atendimento informaram a ocorrência de dor após o procedimento odontológico, o que representa a totalidade de pacientes em tal condição (100%). A partir da análise desses dados, constatou-se que há associação entre o comportamento apresentado e o autorrelato de dor infantil.

Quanto ao tipo de procedimento adotado pelo Cirurgião-Dentista, 8 crianças que se submeteram a uma intervenção pouco invasiva afirmaram não ter sentido dor (88,89%), enquanto 1 paciente que realizou o mesmo tratamento informou ter sentido dor. Em relação aos procedimentos de caráter invasivo/muito invasivo, 11 crianças relataram não ter sentido dor (61,11%), ao passo que 7 crianças responderam afirmativamente acerca da ocorrência de dor (38,89%).

Assim, a partir deste estudo piloto, nota-se que o Cirurgião Dentista deve estar atento quanto as manifestações de comportamento do paciente infantil, visto que elas podem indicar que a criança está tendo uma percepção negativa e há probabilidade de estar sentindo dor.

Tabela 1. Relato de dor segundo idade, sexo, comportamento e tipo de procedimento realizado na Unidade Clínica Infantil I da Universidade Federal de Pelotas, 2013.

Variáveis	Relato de dor		P
	Ausente	Presente	
<b>Idade</b>			0,666
8-10	11 (64,71)	6 (35,29)	
11-14	8 (80,00)	2 (20,00)	
<b>Sexo</b>			0,901
Masculino	9 (69,23)	4 (30,77)	
Feminino	10 (71,43)	4 (28,57)	
<b>Comportamento</b>			<b>0,019</b>
Positivo	19 (79,17)	5 (20,83)	
Negativo	-	3 (100,00)	
<b>Tipo de procedimento</b>			0,201
Pouco invasivo	8 (88,89)	1 (11,11)	
Invasivo/muito invasivo	11 (61,11)	7 (38,89)	
<b>Total</b>	19 (70,37)	8 (29,63)	

\*Teste exato de Fisher

Vários estudos demonstraram que estratégias de distração, como por exemplo, a utilização de óculos 3D durante o atendimento e a narrativa de histórias, foram maneiras efetivas para a diminuição da percepção de dor e melhora no comportamento infantil (AMINABALDI et al. 2011; AMINABALDI et al. 2012).

Sendo assim, identificar a personalidade e fatores psicológicos da criança que será exposta a uma situação dolorosa é fundamental para o sucesso do tratamento. No estudo de PIIRA et al.(2002) estratégias de distração cognitiva tem se mostrado eficaz para o aumento da tolerância a dor. O que demonstra que crianças com baixa tolerância a dor, necessitam de uma preparação prévia a exposição de procedimentos mais invasivos, como por exemplo, estratégias de distração.

#### 4.CONCLUSÕES

Tendo em vista que a percepção da dor é uma sensação subjetiva, a qual envolve fatores emocionais e psicológicos, conclui-se acerca da importância da atuação do Cirurgião Dentista no reconhecimento dos fatores envolvidos nos mecanismos de percepção da dor para que sejam criadas estratégias para controlá-la e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do atendimento.

Essa atuação mostra-se ainda mais relevante quanto a pacientes infantis, na medida em que o comportamento da criança durante o atendimento odontológico pode indicar uma percepção negativa e que a criança pode estar sentindo dor.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HUGUET, A.; STINSON, N.J; MCGRATH, J.P. Measurement of self-reported pain intensity in children and adolescents. **Journal of Psychosomatic Research**, Manchester, v. 68, p. 329-336, 2010.

IASP. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. **Pain**, Washington, v.6, p.249-52, 1979.

CHAMBERS, C.T; GIESBRECHT, K; CRAIG, K; BENNETT, S; HUNTSMAN, E. A comparison of faces scales of the measurement pediatric pain: children's and parent's ratings. **Pain**, Washington, v.83, p. 25-35, 1999.

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

TSAO, J. C. I.; MYERS, C; CRASKE, M.G; BURSCH, B; KIM, S.C; ZELTZER, L.K. Role of Anticipatory Anxiety and Anxiety Sensitivity in Child ren's and Adolescents' Laboratory Pain Responses. **Journal of Pediatric Psychology**, Atlanta, v.29, n.5, p. 379-388, 2004.

HICKS, C.L; VON BAEYER, C.L; SPAFFORD, P; KORLAAR, I.V; GOODENOUGHT, B. The Faces Pain Scale Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. **Pain**, Whashington, v.93, p.173-183, 2001.

MEIRA FILHO, M.M.O; ARAÚJO, D.T.C; MENEZES, V.A; GRANVILLE GARCIA. A.F. Atendimento odontológico da criança: percepção maternal. **Revista Gaúcha de Odontologia**, Porto Alegre, v. 57, n.3, p. 311-315, 2009.

PIIRA, T; TAPLIN, J.E; GOOGENOUGHT, B; VON BAEYER, C.L. Cognitive-behavioural predictors of children's tolerance of laboratory-induced pain: implications for clinical assessment and future directions. **Behaviour Research and Therapy**, v.40, p.571-584, 2002.

AMINABADI, N.A; ERFANPARAST, L; SOHRABI, A; OSKOU EI, S.G; NAGHILI, A. The Impact of Virtual Reality Distraction on Pain and Anxiety during Dental Treatment in 4-6 Year-Old Children: a Randomized Controlled Clinical Trial. **Journal of Dental Research, Dental Clinics, Dental Prospects**, Tabriz, v.6, n.4, p.177-124, 2012.

AMINABADI, N.A; VAFAEI, A; ERFANPARAST, L; OSKOU EI, S.G; JAMALI, Z. Impact of pictorial story on pain perception, situational anxiety and behavior in children: A cognitive behavior schema. **The Journal of Clinical Pediatric Dentistry**, Birmingham, v.36, n.2, p. 127-132, 2011.

MARTINS, P.W.D. **Comportamento de crianças relacionado à experiência com exodontias**. Trabalho de conclusão de curso. 2010. Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Pelotas.