

DM  
ARAU/MR!

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**  
**TESE DE MESTRADO**

**O Que Pensa Uma Dor de Dentes...**

Estudo Exploratório Sobre Crenças Individuais de Saúde Oral  
e o Medo de "Ir ao Dentista"



Mário Rui Gabriel Araújo

Orientado por: Prof<sup>a</sup>. Isabel Leal

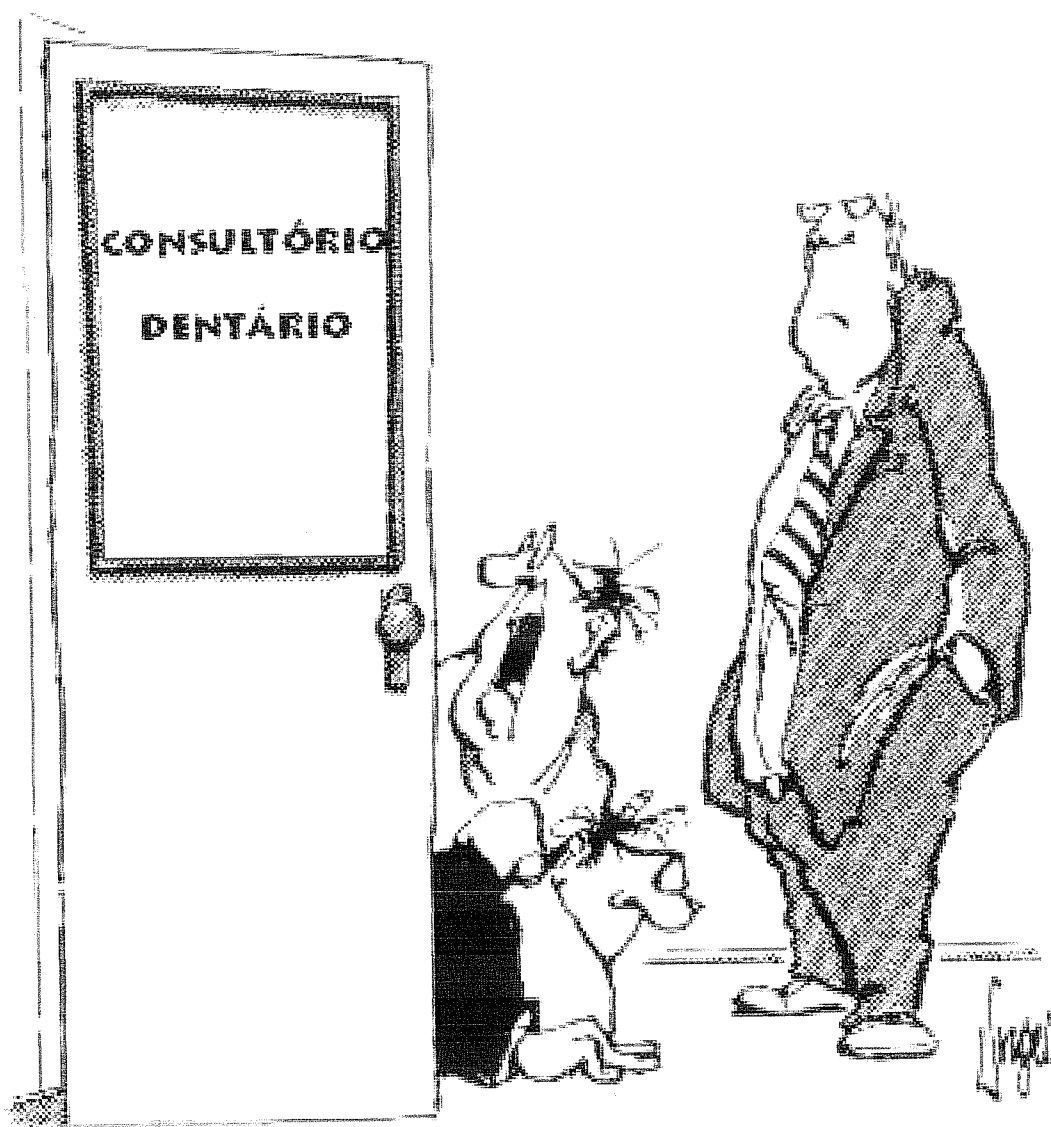
Co-Orientado por: Prof<sup>a</sup>. Maria João Figueiras

Lisboa 2002



	
ISPA	Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Centro de Documentação	
Registo:	14552
Data:	27.11.2003
Tel.: 21 661 17 50 • bibliopa@ispa.pt	

**HERMAN®**



**"Agarrem-lhe os pés...!"**

in "Treating Fearful Dental Patients" by Herman cartoons, 1980, Universal Press Syndicate ©

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Isabel Pereira Leal e a co-orientação da Professora Maria João Figueiras, apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para a obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde conforme a Portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do n.º 2 do art. 5º do Decreto Lei n.º 216/92 de 13 de Outubro.

O que pensa uma dor de dentes.

It isn't that they can't see  
the solution. It is that they  
can't see the problem.

G. K. Chesterton

O que pensa uma dor de dentes.

---

## RESUMO

Uma área de vital importância para o estudo da saúde oral é investigar porque falham os comportamentos preventivos e porque falha a procura de cuidados médicos que são fundamentais para o controle da saúde da boca.

Os objectivos deste estudo são: investigar crenças individuais de saúde oral; conhecer e caracterizar o medo de efectuar tratamentos dentários, e tentar identificar preditores dos comportamentos de saúde oral. Uma amostra de 404 indivíduos com idade superior a 18 anos, completou um questionário que incluiu medidas de avaliação cognitiva, tais como, crenças individuais de saúde oral (locus de controlo, consequências das doenças orais e percepções de profissionalismo e comunicação); medidas de avaliação emocional: o medo; e medidas de avaliação demográfica. Foram também avaliados os comportamentos preventivos e de procura de cuidados de saúde oral. Os resultados sugeriram que existem relações evidentes entre crenças, medos e percepções de comunicação e profissionalismo. Além disso, verificou-se que a comunicação é um mediador da relação entre a percepção do profissionalismo e o medo de fazer tratamentos dentários. A discussão dos resultados enfatizou a importância das crenças individuais para o universo da saúde oral, e sugere formas de otimizar aspectos do comportamento por parte dos profissionais de saúde oral, no sentido de promover a eficácia da relação profissionais vs. pacientes, para a redução dos níveis de medo e promoção da saúde oral.

---

## ABSTRACT

A vital area for the study of oral health is the research on the reasons why preventive behaviors and the search for dental care usually fail, since they are fundamental for the control of oral diseases.

The goal of this exploratory study is to investigate the way that individual oral health believes, demographic factors and the perception of professionalism and communication of the health professionals influence the patient's fear. Also, we would like to know the predictors of some oral health behaviors .

A questionnaire was performed to 404 individuals over 18 years old. It measured cognitive variables, such as: individual oral health believes (locus of control, consequences of the oral health diseases and perceptions of communication and professionalism of the oral health professionals); and emotional variables, such as: fear; and demographic measures. It also evaluates preventive and curative oral health behaviors.

The results suggest that the use of information on individual behavioral characteristics is fundamental to improve relationships between health professionals and patients, decreasing fear and improving the oral health status of the patients.

## AGRADECIMENTOS

Para a Angelina com um beijo...

À Professora Maria João Figueiras. Sem ela nada teria sido possível.

À Norma Wells, porque me fez acreditar um dia que eu sabia fazer coisas...

Para a Professora Isabel Leal, pelo apoio e pela capacidade fazer o difícil parecer fácil.

A todos os colegas do mestrado, valeu a pena, nem que fosse só para conhecê-los.

Um abraço e um beijo para a Maria, Paula, Rita e Inês.

À Dr<sup>a</sup> Margarida Rebelo pelo apoio na análise dos resultados

A todos os professores do Mestrado de Psicologia da Saúde.

Ao colegas e amigos do Curso de Higienistas Orais e da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa, pelo apoio e pela ajuda. Um obrigado especial ao Celso, Sandra e Henrique.

À Enfermeira Helena Nazareth, porque sempre nos tentou ensinar que vale a pena aprender coisas diferentes.

Ao Professor César Mexia de Almeida, porque me ensinou que vale a pena trabalhar a saúde...

À Dr<sup>a</sup> Regina Bispo pelo apoio estatístico.

Ao Dr. Peter Milgrom pela inspiração e pela disponibilidade on-line.

À Dr<sup>a</sup> Margarida Grão pelo apoio na recolha bibliográfica.

Ao Helder, pela descoberta do prazer de ensinar coisas...

À Teresa e à Leonilde, pela paciência para as constantes alterações de agenda...

Aos amigos que não vi durante dois anos. Mas que sei que estiveram sempre por aí.

Aos amigos que vi e tiveram paciência durante este tempo. Um obrigado especial ao Nuno e ao Mário.

À Associação de Socorros Mútuos Montepio Rainha D. Leonor, Caldas da Rainha., pela disponibilidade que os seus dirigentes e funcionários sempre demonstraram na elaboração deste estudo.

Pai, Mãe, Patrícia, Beatriz e César.

Ricardo e Ana, espero que tenha valido a pena esperarem, agora já vai dar para ir brincar outra vez...

## ÍNDICE

Resumo .....	IV
Abstract .....	V
Índice .....	VII
Índice de tabelas, gráficos e figuras.....	IX
Índice de anexos .....	X
1 – Introdução .....	11
2 – O significado da boca e da face .....	15
3 – O papel dos factores cognitivos na saúde oral .....	19
4 – Crenças individuais de saúde oral .....	25
4.1 – Consequências das doenças orais .....	30
5 – Factores demográficos .....	33
6 – O medo .....	35
6.1 – Porque é que temos medo de tratar os dentes? .....	37
6.2 – A percepção do profissionalismo e da comunicação dos profissionais de saúde oral .....	40
7 – Significância e objectivos da investigação .....	47
8 – Metodologia .....	50
8.1 – Introdução .....	50
8.2 – Desenho do estudo .....	50
8.3 – Escolha e desenvolvimento das medidas usadas no estudo .....	51
8.4 – Consistência interna das escalas .....	56
8.5 – Procedimentos gerais da análise estatística .....	57
8.6 – Cálculo do Poder da Amostra .....	57
8.7 – Participantes .....	58
8.8 – Procedimentos .....	58
9 – Resultados .....	59
9.1 – Introdução .....	59

---

9.2 – Caracterização socio-demográfica da a mostra .....	59
9.3 – OBJECTIVO 1 – Caracterizar as crenças individuais de saúde, do “medo de ir ao dentista” e dos comportamentos e percepções de saúde oral .....	60
9.3.1 – Crenças individuais de saúde oral .....	60
9.3.2 – Caracterização do “medo de ir ao dentista” .....	64
9.3.3 – Caracterização dos comportamentos e percepções de saúde oral .....	66
9.4 – OBJECTIVO 2 – Investigar possíveis relações entre: o medo, as crenças individuais de saúde oral, comportamentos e percepções de saúde oral, no sentido de identificar possíveis preditores dos comportamentos de saúde oral .....	70
9.5 – OBJECTIVO 3 – Investigar em que medida a percepção da comunicação pode ser um mediador entre a percepção do profissionalismo dos profissionais de saúde oral e o medo .....	72
9.6 – Resumo dos resultados .....	74
10 – Discussão .....	75
10.1 – OBJECTIVO 1 – Caracterizar as crenças individuais de saúde, do “medo de ir ao dentista” e dos comportamentos e percepções de saúde oral .....	75
10.2 – OBJECTIVO 2 – Investigar possíveis relações entre: o medo, as crenças individuais de saúde oral, comportamentos e percepções de saúde oral, no sentido de identificar possíveis preditores dos comportamentos de saúde oral .....	83
10.3 – OBJECTIVO 3 – Investigar em que medida a percepção da comunicação pode ser um mediador entre a percepção do profissionalismo dos profissionais de saúde oral e o medo .....	89
10.4 – Limitações do presente estudo .....	91
10.5 – Conclusões .....	92
11 – Referências Bibliográficas .....	96
12 – Anexos .....	105

## ÍNDICE DE TABELAS, GRÁFICOS E FIGURAS

### TABELAS

Tabela 1 – Consistência interna das principais variáveis .....	56
Tabela 2 – Cálculo do poder estatístico .....	58
Tabela 3 – Características sócio – demográficas da amostra .....	60
Tabela 4 – Caracterização das crenças individuais de saúde oral .....	61
Tabela 5 – Crenças individuais de saúde e diferenças entre faixas etárias .....	62
Tabela 6 – Crenças individuais de saúde e diferenças entre nível de escolaridade .....	63
Tabela 7 – Percepção geral do medo de ir ao dentista .....	64
Tabela 8 – Crenças individuais de saúde e diferenças entre sexos .....	65
Tabela 9 – Caracterização de hábitos e percepções de saúde oral .....	66
Tabela 10 – Hábitos e percepções de saúde oral e diferenças entre faixas etárias .....	67
Tabela 11 – Hábitos e percepções de saúde oral e diferenças entre nível de escolaridade .....	68
Tabela 12 – Contribuições das variáveis para os comportamentos de saúde oral .....	70
Tabela 13 – Contribuições do profissionalismo e da comunicação para o medo .....	73
Tabela 14 – Resumo dos resultados .....	74

### GRÁFICOS

Gráfico 1 – Sintomas de medo perante um tratamento dentário .....	64
Gráfico 2 – Percepção dos sintomas de medo, situações específicas .....	64

### FIGURAS

Figura 1- Modelo conceptual de saúde oral de Locker .....	31
---	----

---

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 – Questionário sobre saúde oral .....	106
Anexo 2 – Quadro das respostas da escala da percepção do profissionalismo e comunicação dos profissionais de saúde oral .....	112
Anexo 3 – Quadros das respostas da escala de <i>locus</i> de controlo .....	113
Anexo 4 – Quadros das respostas da escala da percepção das consequências das doenças orais .....	114
Anexo 5 – Quadros das respostas sobre a percepção da saúde oral, comportamentos de escovagem dos dentes, uso do fio dentário e procura de cuidados .....	115
Anexo 6 – Quadros das respostas da percepção do medo de ir ao dentista .....	116
Anexo 7 – Quadro das correlações entre as principais crenças de saúde oral e os comportamentos e procura de serviços em saúde oral .....	118

# 1

## INTRODUÇÃO

---

A boca e as estruturas orais têm um significado psicológico e biológico diferente de pessoa para pessoa (Dworkin, Ference e Giddon, 1978). Segundo o manual de Gleitman (1995) a significância fisiológica da face e da boca pode ser vista nos termos da escala de necessidades criada por Maslow: Sobrevivência, Sociabilização e Auto-estima. Maslow, sugere que até as necessidades básicas estarem garantidas, as pessoas dedicam pouco tempo e energia à sociabilização, à exceção do relacionamento com os outros, que faz parte das necessidades básicas. Por exemplo, necessidades relacionadas com a sociabilização tais como: o amor ou auto-estima, podem ser adiadas até que outras necessidades básicas, relacionadas com a sobrevivência, tais como: sede, fome ou sexo, sejam adquiridas. Os dentes e a sua aparência são importantes para a estética facial, contribuindo desta forma para o equilíbrio psicológico do indivíduo, tendo um papel importante no desenvolvimento e relacionamento social (Ansai, Miyazaki, Katoh, Yamashita, Takehara e Jenny, 1993; Dworkin e col. 1978)

Ao afectarem a boca, os problemas orais afectam um intrincado universo de sentimentos, não são apenas patologias objectivas, têm um peso subjectivo e complexo na pessoa. Desta forma, perante os problemas orais, a resposta dos profissionais não deve ser baseada apenas em factores clínicos (Sondell e Soderfeldt,

1997). Como exemplo, podemos referir Sheiham (1979) que, numa altura em que os tratamentos periodontais começavam a dar resultados positivos, a sua maior crítica e preocupação, era o facto de que ele não via futuro nestas terapias se essas investigações não tivessem em conta factores sociais e cognitivos dos pacientes (Sheiham cit. in Kühner e Raetzke, 1989). Por outro lado, em relação à cárie dentária, Milgrom (2001) refere que paralelamente à escovagem dos dentes e ao uso diário de uma pasta fluoretada, é fundamental investir nas técnicas que influenciam os comportamentos individuais de saúde, para que a prevenção desta doença seja eficaz.

Hoje em dia, observa-se ainda que na prática da medicina dentária existem factores no tratamento dos doentes que são ignorados pelos profissionais. Uma dessas maiores lacunas prende-se com a ignorância dos factores psicológicos e sociais que estão ligados aos pacientes e do impacto psicológico que as doenças orais e os tratamentos têm para os indivíduos (Locker, Clarke e Payne, 2000; Sondell e col., 1997; Wolfe, Stewart e Hartz, 1991). Estas preocupações podem ser caracterizadas como “factores psicossociais da saúde e da doença” (Ribeiro, 1998).

Poderemos nós alguma vez perceber as razões que levam as pessoas a comportar-se de uma determinada maneira perante a sua saúde e a doença? Segundo Alder e Matthews (1994) prever e compreender os comportamentos de saúde permitir-nos-ia contribuir de uma forma eficaz para a compreensão da variação da saúde através da sociedade e seria mais fácil detectar os alvos que necessitassem de intervenções específicas. Ainda segundo estes autores, são diversos os factores que influenciam a tendência que as pessoas têm para agir de determinada forma em relação à saúde: percepção dos sintomas, factores demográficos, factores sociais, factores emocionais,

factores relacionados com o acesso aos serviços de saúde, factores de personalidade e factores cognitivos.

O estudo dos factores cognitivos (crenças de saúde, atitudes e conhecimentos) tem sido fundamental neste domínio. Para Conner e Norman (1995) os factores cognitivos formam uma área particular de estudo na promoção da saúde. Eles podem mediar os efeitos de outros factores (acessibilidade aos tratamentos e factores demográficos) e também porque se acredita que eles possam ser vitais na compreensão dos comportamentos de saúde e consequente mudança destes.

É cada vez mais importante conhecermos as razões pelas quais os nossos pacientes se comportam de determinada forma. Schonfeld, afirma que, os objectivos fundamentais da medicina dentária devem ser promover uma boa saúde geral, incluindo a saúde oral; ajudar a pessoa a ter uma vida válida e saudável, e permitir que a nível social, funcione devidamente. A pessoa é crucial para o sistema. Deve ser com as pessoas que nos devemos preocupar e não apenas com as actividades *per se*. As actividades clínicas devem assim ser planeadas em função da pessoa. (Schonfeld, 1970, cit. por Dworkin e col., 1978).

São escassos os estudos em Portugal, sobre o papel dos factores cognitivos na saúde oral. A totalidade dos estudos encontrados limita-se a relacionar os factores socioeconómicos com os tratamentos e a compreensão destes (Schuller, Thompson, Almeida, Canas e Freitas, 1993 e Schuller, Thompson, Almeida, Pereira e Ramos, 1994) ou a testar conhecimentos sobre saúde oral (Rodrigues, Ferreira, Sousa e Calado, 1993 e Thompson, de Almeida, Canas, Freitas e Schuller, 1992). A Divisão de Saúde Oral e de Educação para a Saúde da Direcção Geral de Cuidados da Saúde Primários, levou a cabo um estudo, publicado em 1991 sobre conhecimentos em saúde oral. Desse estudo conclui-se que: 1 – os conhecimentos evidenciados são

insuficientes para a generalização de comportamentos favorecedores da saúde oral; 2 – o nível de conhecimento sobre produtos que aumentam a resistência dentária, nomeadamente o flúor, é muito baixo; 3 – a população não conhece estratégias para minimizar os malefícios do açúcar; 4 – os conhecimentos sobre higiene oral são medianamente satisfatórios; 5 – as pessoas sócio-economicamente mais desfavorecidas são as que revelam menores conhecimentos; 6 – os jovens revelaram mais conhecimentos que os mais velhos (Almeida, 1997). Não encontramos nenhuma investigação na área do estudo do “medo de ir ao dentista”. Esta situação foi semelhante no estudo dos factores que afectam a adesão aos tratamentos dentários, na análise de crenças individuais de saúde oral e percepções da saúde oral.

Em virtude destes factos, este estudo exploratório pretende ser um contributo para a investigação na área dos factores cognitivos (crenças de saúde e atitudes) factores emocionais (o medo) e da sua importância para a saúde oral.

Iniciaremos este estudo com uma revisão bibliográfica sobre a importância dos factores cognitivos na saúde oral. Analisaremos pormenorizadamente: crenças individuais de saúde oral, “o medo de ir ao dentista”, e as percepções de profissionalismo e comunicação dos profissionais de saúde oral.

Seguir-se-á a apresentação da significância e objectivos da investigação, da metodologia utilizada, dos resultados obtidos, da discussão e das conclusões.

## 2

### **O SIGNIFICADO DA BOCA E DA FACE**

---

A importância que um indivíduo dá à sua saúde oral é influenciada por factores sociais, emocionais, de personalidade e cognitivos (Conner e col., 1995). É nesta área que os objectivos desta investigação estão inseridos. Um dos factos que nos levaram a estudar a influência destes factores, prende-se com uma inegável realidade: a face e as estruturas orais (boca, lábios, língua, etc.) têm uma forte significância psicológica e biológica para o desenvolvimento humano. Embora seja difícil definir com precisão qual destes dois campos é mais significativo, a face e as estruturas orais são muito importantes para o ser humano (Dworkin e col. 1978).

Para Giddon (1978) a significancia da área oro-facial está relacionada com a sobrevivência, socialização e auto-estima. Está relacionada com a sobrevivência, porque a sede e a fome estão directamente relacionados com este ponto e estão interligados às funções orais. A socialização está relacionada com a importância da face e da boca através das relações interpessoais e do auto-conceito, por sua vez, a auto-estima necessita de usar a boca para uma melhor apreciação das qualidades da vida.

De acordo com Dworkin e col. (1978) as funções da boca relacionadas com a sobrevivência começam na altura do nascimento. Ela é fundamental na obtenção de alimentos para o organismo, ou seja, retirando da mãe o alimento e a água necessária.

Ao mesmo tempo, a boca é o meio de contacto emocional da criança com o mundo que a rodeia. Quando o leite é facilmente obtido, a criança está satisfeita; mas se o leite faltar, a criança está providenciada com o primeiro protótipo de dor e frustração causada pela fome: o choro. A dor é um sinal de sobrevivência e funciona como um sinal de aviso ao organismo.

Segundo Oosterhaven, Westert e Schaub (1989) os dentes, juntamente com os músculos faciais, providenciam os principais meios para se expressarem as emoções de medo e raiva, estas acções, usadas como defesa da espécie são fundamentais para a sua sobrevivência. Com o desenvolvimento da fala, a comunicação torna-se mais eficiente, facilitando assim os comportamentos cooperativos, essenciais para a continuidade da espécie humana.

Dworkin e col. (1978) refere também que a face e a boca têm um papel fundamental na procriação, uma necessidade para a sobrevivência das espécies. Um exemplo, dado pelo autor, é o da importância da aparência da face ao expressar emoções e ao facilitar a atracção entre os indivíduos. A boca pode então participar activamente num repertório variado de sinais sexuais, começando pelo beijo.

Com a maturação dos músculos faciais e o desenvolvimento dos órgãos da fala, o organismo torna-se capaz de comunicar com os outros através de palavras e expressões faciais (Giddon, 1978). Ainda segundo este autor, em contraste com outros animais, o ser humano é capaz de usar símbolos que, de uma forma eficaz, podem exprimir uma ideia agressiva, em vez de morder ou atacar os seus oponentes. A boca pode ser um órgão de violência, quer como agressor ou como receptor de agressões. Os resultados negativos destas actividades são vistos através de traumatismos, bruxismo e da abrasão dentária, que deterioram os dentes e a articulação temporomandibular (Giddon, 1966). O acto da mastigação é também

influenciado por factores sociais. Em contraste com pessoas que tenham a sua dentição natural, um indivíduo que use próteses dentárias sente-se de alguma forma deficiente perante os outros, quer seja na capacidade de se relacionar, nas subtis diferenças no gosto e na textura de certas comidas ou na eficácia da mastigação (Giddon, 1966; Oosterhaven e col., 1989).

No entanto, para Dworkin e col. (1978) o papel principal da face e da boca tem a ver com a atracção pessoal e com a comunicação. Estes factos estão intimamente ligados com a comunicação verbal e não verbal.

O receptor foca a sua atenção na face do emissor. As primeiras impressões que se captam da outra pessoa são formadas pela expressão facial desta. Segundo Giddon (1978), encontra-se na face toda a extensão das necessidades, intenções e emoções humanas. Alguns estudos têm documentado a importância da face e da boca, na percepção da atracção física e da auto-estima (Fiske, Davis, Frances e Gelbier, 1998; Locker e col., 1999; Melsen, Hørup e Terp, 1987). Quanto maior for a atracção física aos olhos dos outros, maior é a auto estima. Deste modo, é óbvia a importância das restaurações estéticas, da ortodontia, da higiene oral, das próteses para a saúde mental e para o bem-estar do indivíduo (Dworkin e col. 1978; Fiske e col. 1998; Giddon, 1966; Giddon, 1978; Melsen e col., 1986; Oosterhaven e col., 1989).

Para Gleitman (1995), o significado psicológico da cavidade oral só fica completo depois de se referenciar os conceitos de Freud. O prazer que os lábios sentem ao chuchar no dedo, a excitação das zonas anais através do controlo do esfíncter e a excitação dos órgãos genitais, são todas expressões da energia primária, a libido. Segundo as teorias freudianas, o desenvolvimento psicosexual começa como uma sucessões de estádios da organização da libido. Primeiro, existe a fase oral, em que a boca é a zona erógena. Dentro desta fase oral, existe a fase receptiva passiva,

relacionada com a ingestão de leite e outras actividades dependentes da mãe. Com a erupção dentária, por volta dos seis meses, com a maturação do sistema nervoso e com o início das actividades que lhe permitem começar a descobrir o mundo, a criança avança para a segunda fase sádica oral ou oral-agressiva. Todo este desenvolvimento estará associado mais tarde com os traços de personalidade e as tipologias do carácter, conclui Gleitman (1995).

Podemos então afirmar que, se as estruturas orais estão envolvidas em funções biológicas especializadas, as suas funções psicológicas não deixam de ter menos importância (Weinstein, Getz e Milgrom, 1991)

Desta forma, a boca, sendo importante para todos, é mais importante para algumas pessoas do que para outras. Alguns dão-lhe importância porque ela é fundamental para a estética, para comer e para o prazer, outros, nem por isso (Melsen e col., 1987; Giddon, 1978). Existem casos, onde não há inconveniência ou despesa que façam alterar a busca de uma boca saudável: estas são as pessoas motivadas. Por outro lado, existem aqueles para os quais a boca não revela importância em relação à saúde ou aparência: a percepção da saúde oral destas pessoas é muito diferente, por vezes indiferente (Giddon, 1978).

Segundo Weinstein e col. (1991) é nesta amálgama de percepções que os profissionais da saúde oral executam os seus planos de tratamentos. Um diagnóstico correcto e consequente tratamento requerem “identificar a pessoa na doença” e “o profissional no tratamento”. Estes conhecimentos deveriam assim incluir: os conceitos étnicos e culturais, as atitudes e as crenças da família e do paciente em relação à doença, à saúde e aos “profissionais de saúde”.

### 3

## O PAPEL DOS FACTORES COGNITIVOS NA SAÚDE ORAL

---

As formas de conceptualizar e qualificar a procura pelos cuidados de saúde têm sido estudadas de forma intensa nestes últimos anos (Freeman (a) (b) (c) 1999; Gift, Atchinson e Dayton 1997; Rise e Wold 1991; Timmerman, Hoogstraten, Meijer, Nauta e Eijkman, 1997). Na realidade, este crescendo na investigação, foi estimulado pela necessidade de entender o porquê da dificuldade que a medicina dentária sente em criar nos indivíduos a necessidade de controlar a saúde oral.

Sabemos que a adopção de certos comportamentos conduz à melhoria e à manutenção da saúde. Existem evidências claras que o controlo da acumulação de placa bacteriana é essencial para prevenir o desenvolvimento das lesões de cárie e das doenças periodontais (Bagley e Low, 2000; Fejerskov, 1997; Wilkins, 1999). No entanto, os programas e as estratégias para a promoção e manutenção da saúde direccionados para as mudanças individuais apresentam vários níveis de insucesso (Alcouffe, 1989; Weinstein, Milgrom, Melnick, Beach e Spadafora 1989).

Segundo Freeman (a) (1999), o principal problema reside no facto de ser dada pouca importância aos factores cognitivos do indivíduo. Ignorando as crenças e experiências passadas das pessoas será impossível perceber porque é que variam tanto as suas atitudes em relação aos tratamentos dentários e à manutenção da saúde oral. Ainda segundo este autor, os profissionais de saúde oral não têm, na maior parte

das vezes, a percepção destas situações. Por exemplo, Médicos Dentistas e Higienistas Orais sabem, teoricamente, que é importante ensinar aos pacientes técnicas de higiene oral de forma a prevenir as doenças orais. Quando as coisas são vistas desta forma pragmática, estes profissionais vão sentir dificuldades ao tentarem que os seus pacientes adquiram hábitos que vão beneficiar a saúde oral. Aqui começam os conflitos, o paciente sente-se criticado e o profissional sente que não vale a pena investir mais naquela pessoa. A relação profissional/paciente está alterada negativamente, conclui Freeman.

Os profissionais devem estar preparados para descobrir se as queixas dos pacientes estão dentro de um contexto social/patogénico em vez de as contextualizar apenas na realidade dos sintomas que podem ser medidos pelos sinais clínicos (Kaplan, 1990). As crenças, os medos, as dúvidas e os objectivos dos pacientes são fundamentais (Dworkin e col. 1978). Para Milgrom, Weinstein e Getz (1995) uma dor de dentes não é apenas uma desagradável sensação de pura dor. Para a pessoa que sente a dor, esta pode ter muitos significados: o medo do tratamento, alterações na aparência, e/ou gastos financeiros.

Segundo Dworkin (1978) a parte mais complicada é saber qual destes significados, o psicológico ou o biológico, tem mais peso e como é que estas interacções podem influenciar a história natural da doença e o período pós tratamento.

O indivíduo com uma forte dor de dentes, mais cedo ou mais tarde terá de ir ao dentista. No entanto, essa iniciativa é claramente uma decisão pessoal. Há por detrás desta decisão factores que influenciam este percurso, o que levanta algumas questões: serão as decisões influenciadas pelas atitudes familiares? Más experiências

com tratamentos dentários no passado? Medo? Dificuldades financeiras? Falta de confiança nos profissionais?

Estudos epidemiológicos têm revelado uma variação considerável nas atitudes de saúde dos indivíduos e vários são os autores que tem estudado os factores que estão por detrás destas variações (Hannele Syrjälä, Knuuttila e Syrjälä, 2001, Kwan e Holmes, 1999). Para Marteau (1987) uma ampla distinção pode ser feita entre os factores intrínsecos ao indivíduo (ex. factores socio-demográficos, personalidade, suporte social, cognições) e factores extrínsecos ao indivíduo (ex. imposto sobre o tabaco e álcool, subsídios para actividades extra escolares e desportivas, penalizações sobre drogas, velocidade e uso do cinto de segurança). São os factores intrínsecos que têm recebido mais atenção por parte dos psicólogos e dentro destes, os factores cognitivos têm sido relevantes como determinantes no estudo dos comportamentos de saúde. Os modelos sobre a forma como estes factores produzem diversos comportamentos são denominados Modelos de Cognição Social (MCSO) e têm sido largamente usados pelos psicólogos e outros profissionais da área da saúde. Existe um reconhecimento generalizado que os MCSO têm fornecido uma contribuição valiosa para a compreensão das atitudes e comportamentos de saúde (Conner e col., 1995). Segundo estes autores, a cognição social diz respeito à forma como os indivíduos fazem sentido da realidade. Muito do trabalho produzido na área da cognição social pode ser dividido na forma como as pessoas percebem os outros (percepção pessoal) e como elas se percebem a si próprias (auto-regulação). Para Ogden (1999) os MCSO são baseados em função de uma abordagem “valor – expectativa”. Esta abordagem refere que os indivíduos estão motivados para maximizar os ganhos e minimizar as perdas. A escolha comportamental e a

persistência são um resultado do sucesso esperado por um determinado comportamento.

Segundo Ogden (1999) foram usados dois tipos de modelos para explicar comportamentos relacionados com a saúde e respostas aos tratamentos. Os modelos de atribuição são uma das designações usadas para determinados modelos. Estes preocupam-se com as explicações causais individuais de acontecimentos relacionados com a saúde. Um segundo tipo de modelos examina os vários aspectos das cognições individuais, de forma a predizer comportamentos futuros relacionados com a saúde. Alguns dos MCSO usados para predizer comportamentos de saúde são: modelo de crenças da saúde, locus de controlo, teoria da motivação protectora, teoria da acção planeada, modelo de auto-eficácia, modelo transteórico, entre outros (Ribeiro, 1998).

Ainda segundo Ribeiro (1998) os MCSO são a base para a compreensão dos determinantes comportamentais e das variáveis de mudança. As vantagens de usar os modelos de cognição social na psicologia da saúde são várias. Para Horst e Wit (1993) a importância destes modelos reside no modo como o processo cognitivo determina a motivação individual, de forma a se efectuarem diversos comportamentos.

Esta investigação parte do pressuposto de que é importante perceber os comportamentos de saúde oral como base de mudança para aumentar a qualidade da saúde oral. Os MCSO podem providenciar uma abordagem na percepção dos comportamentos de saúde porque descrevem as cognições sociais mais importantes que estão por detrás desses comportamentos (Marteau, 1987). Segundo Rodin e Salovey (1989) acredita-se que estes modelos providenciam ferramentas importantes para alcançarmos os alvos de persuasão necessários para a alteração dos

comportamentos. Para estes autores, já existem estudos suficientes que suportam o facto de que os determinantes dos comportamentos de saúde estão identificados nestes modelos. Ainda segundo os mesmos autores, saber se os futuros desenvolvimentos e alterações desses modelos podem aumentar a sua eficácia, é algo que só os resultados das investigações nos dirão.

No entanto, algumas desvantagens estão descritas por Conner (1993) no que se refere ao facto de nos basearmos apenas nos modelos de cognição social como forma de perceber os comportamentos de saúde. Primeiro, estes modelos são baseados em variáveis cognitivas e alguns comportamentos de saúde podem envolver outro tipo de variáveis. Por exemplo, a ida ao dentista é susceptível de ser um comportamento baseado em cognições, reacções emocionais e também numa complexa interactividade entre os indivíduos envolvidos (Milgrom e col. 1995). Ainda segundo Conner e col. (1995) alguns modelos providenciam informações sobre as acções que devem ser planeadas para alvos específicos, de forma a alterar comportamentos, mas não especificam a forma de mudar as cognições.

Mensagens persuasivas e com alvos cognitivos bem definidos podem não ser suficientes para produzir a mudança de comportamento necessária para ocorrerem os máximos benefícios para a saúde. A estratégia deverá utilizar intervenções a vários níveis que tenham em conta não apenas os factores psicológicos que influenciam as performances dos comportamentos, mas também modelos dos processos de persuasão, em que se estudam as formas como as pessoas mudam e o contexto em que cada mudança é feita (Conner e col., 1995)

Em virtude deste facto, os capítulos seguintes incidirão sobre alguns factores cognitivos que achamos importantes para o nosso estudo: crenças individuais de

---

saúde oral (*locus* de controle, percepção das consequências, profissionalismo e comunicação) e o medo.

## 4

### **CRENÇAS INDIVIDUAIS DE SAÚDE ORAL**

---

Na sequência da pesquisa bibliográfica sobre os objectivos principais desta investigação, este capítulo será dedicado à descrição da importância das crenças individuais de saúde no contexto da saúde oral.

As crenças individuais oferecem o elo ideal entre a socialização e os comportamentos. As crenças são características individuais duradouras que moldam os comportamentos e podem ser adquiridas através da socialização primária (Conner e col., 1998). De acordo com Kwan e Williams (1999) cada cultura tem o seu próprio sistema de crenças, acerca da saúde e da doença, que sustentam a saúde do indivíduo.

As crenças das pessoas podem influenciar a sua saúde porque afectam os seus comportamentos (tais como a frequência de consultas de revisão, tipo de alimentação, adesão a planos de tratamento) ou mais directamente, afectando os sistemas fisiológicos do indivíduo (sistema imunológico ou cardiovascular) (Marteau, 1989).

Embora não seja objecto de investigação deste estudo, a saúde de um paciente pode também ser influenciada pelas crenças dos profissionais de saúde. Este facto pode ter influência nas atitudes dos pacientes: primeiro, alterando as decisões dos profissionais sobre a terapêutica que deve ser usada, e segundo, influenciando as cognições dos pacientes (Ribeiro, 1998).

O Modelo de Crenças da Saúde (MCS), criado por Hochambaum e as suas modificações por Kegels e Rosenstock (Barker, 1994) tem sido usado nos últimos anos como base teórica para a investigação de crenças individuais de saúde. Segundo Sheeran e Abraham (1995) este modelo constata que para os indivíduos seguirem um determinado conselho sobre a sua saúde, eles devem acreditar que são susceptíveis à doença (*susceptibilidade*), que a doença é séria (*gravidade*) e que os benefícios do conselho prevalecem sobre os “custos” que esse conselho lhe traz (na área da saúde oral, o uso do fio dentário é a melhor forma de ilustrar este facto) (*benefícios*).

A maioria dos estudos que usam o MCS em medicina parecem demonstrar uma relação entre as crenças e os comportamentos de adesão (Janz e Becker, 1984). Na área da medicina dentária este modelo não tem sido muito usado e os resultados são confusos e inconsistentes (Barker 1994; Kegeles, 1961; Kneckt, Syrjälä, e Knuuttila, 1999; Kuhner e col., 1989; Rayant e Sheiham 1980; Wilson 1987)

Nesta área dos comportamentos de saúde a investigação tem mostrado um especial interesse nas crenças que estão na base da percepção que as pessoas têm sobre o controlo da sua saúde. Assume-se geralmente que aqueles que acreditam poder controlar a sua saúde são mais susceptíveis de executar um leque de comportamentos promotores da saúde (Conner, 1998; Galgut, Waite, Tood-Pokropek e Barnby, 1987). Se olharmos para a carta de Ottawa sobre a promoção de saúde (Ribeiro, 1998) esta é definida como um processo que pretende habilitar as pessoas a aumentarem o poder que têm sobre a saúde. Resumidamente, as pessoas são cada vez mais encorajadas a tomarem nas suas mãos a responsabilidade da sua saúde, através da adopção de novos comportamentos de saúde. É por esta razão que o modelo de crenças de *locus* de controlo (LC) é um dos constructos mais investigados quando se pretende prever comportamentos de saúde (Norman e Bennett, 1995).

Em 1966, Rotter propôs uma dimensão comportamental à qual denominou *locus* de controlo. Dois tipos distintos de personalidade eram descritos nesta tese: “interna” e “externa”. Um indivíduo com um LC interno acredita que os acontecimentos relacionados com a sua saúde são uma consequência das suas próprias acções que, por sua vez, são controladas por ele. Por outro lado, um LC externo, faz com que o indivíduo acredite que os acontecimentos não tenham relação com as suas acções ou seja, são determinados por factores fora do seu controlo (Ödman, 1984). Existem diversos estudos onde foram encontradas correlações entre factores referentes aos cuidados de saúde oral e LC (Duke e Cohen 1975; Galgut e col. 1987; Kent, Mathees e White, 1984; Kneckt e col., 1999; Neverlien, 1988; Ödman, Lange e Backdash, 1984; Regis, Macgregor e Balding 1994). A escala de *locus* de controlo foi desenhada para analisar as crenças sustentadas pelos indivíduos acerca do controlo que estes têm sobre as coisas que lhes acontecem (Conner e col., 1998).

Trabalhos efectuados nos anos 60 e 70, propuseram que a escala de LC deveria ser multi-dimensional (Ödgen, 1999). A escala do LC externo foi dividida em duas dimensões, compreendendo: primeiro, as pessoas influentes associadas à saúde do indivíduo, denominadas “poderosas” e segundo, o acaso ou a sorte, sendo assim a dimensão externa propriamente dita. Estas duas escalas de LC são completadas por uma escala de LC interno, criando assim a escala multi-dimensional de *locus* de controlo (MHLC) (Wallston, Wallston e DeVellis, 1978).

O papel desta nova escala na compreensão de comportamentos na área da saúde oral tem sido amplamente estudada (Borkowska, Watts e Weinman 1998; Galgut e col. 1987, Kneckt e col., 1999; Macgregor, Regis e Balding 1997).

Diversos investigadores constataram que muitos testes usando o constructo de MHLC eram inadequados porque não tinha sido levado em conta o valor que os

indivíduos davam à sua saúde (Borkowska e col., 1998; Furnham e Steele, 1993; Lau, Hartman e Ware e col., 1986). De acordo com a Teoria de Aprendizagem Social, o comportamento é o resultado da expectativa da mudança (ex.: LC) e do valor que essa mudança terá para o indivíduo (ex.: Valores de Saúde) (Ribeiro, 1998). Deveremos assim considerar a influência das crenças de LC em conjunto com o valor dado à saúde. Este valor deve ser visto como um moderador da relação entre o LC interno e a execução de um comportamento de saúde (Conner e col., 1998). De acordo com Wallston e col. (1978) o LC apenas pode prever comportamentos de saúde se os indivíduos derem valor à sua própria saúde.

Outra crítica feita ao constructo de *locus* de controlo prende-se com o problema da especificidade. Segundo Norman e Bebbett (1995) uma das razões argumentadas para a fraca relação que existe entre as crenças de *locus* de controlo e a execução de comportamentos de saúde, é o facto da escala de MHLC medir crenças generalizadas. Segundo os mesmos autores, quanto o *locus* de controlo é generalista, em relação a um determinado objectivo (ex. a saúde) muitas situações específicas são ignoradas (ex. fumar, dieta, escovagem dos dentes, exercício, etc.).

Como resultado desta crítica, muitos investigadores desenvolveram escalas de *locus* de controlo específicas, dado que é geralmente aceite que estas medidas são mais eficazes em prever comportamentos específicos (Mirka e col., 1999). Por sua vez, é mais provável que certos indivíduos tenham diferentes crenças de *locus* de controlo para certos comportamentos (Kirscht, 1972). Segundo o mesmo autor, um fumador pode ter crenças externas quando se considera o acto de fumar, e crenças internas no que diz respeito à prática de exercício físico regular. É assim importante medir as crenças de *locus* de controlo que são relevantes para o comportamento em questão.

De uma forma geral, essas escalas individuais têm sido mais úteis a prever comportamentos de saúde do que a escala geral de MHLC (Norman e col. 1995). Em 1992, Georgiou e Bradley desenvolveram uma escala específica de *locus* de controle para examinar as crenças dos fumadores acerca do deixar de fumar. Esta investigação descobriu que a escala usada tinha uma maior validade preditora do que a escala geral de MHLC. Por exemplo, os indivíduos com crenças internas de *locus* de controle estiveram mais tempo sem fumar, depois de terem tomado a decisão de deixarem o tabaco. Em contraste, na escala de MHLC não foram encontradas correlações significativas. No final, estes autores concluíram que esta escala específica de *locus* de controle apresentou correlações mais apropriadas com os comportamentos dos fumadores e as suas intenções. Existem outras escalas específicas apresentadas por Norman e col. (1995) em todas elas os resultados apresentam um maior número de correlações significativas do que nos estudos que usam a escala geral da MHLC.

Em relação à saúde oral, segundo Kent e col. (1984), as escalas deveriam incluir itens relevantes na área. Quando alguns autores, como El-Mangoury (1981) acrescentaram diversas questões específicas á escala básica de *locus* de controle, descobriram que as crenças de *locus* de controle poderiam funcionar como preditores da cooperação dos pacientes em tratamentos ortodônticos. Também Kent e col. (1984) e Borkowska e col. (1998) usaram escalas específicas de *locus* de controle para a saúde oral com apresentação de correlações significativas entre hábitos de saúde oral e o *locus* de controle.

#### 4.1 – Consequências das doenças orais

De acordo com Melsen e col. (1987) o principal objectivo para a medicina dentária é assegurar que os dentes durem a vida inteira. Contudo, o progresso parece ter tido um efeito destrutivo na dentição humana. O impacto das doenças orais na qualidade de vida diária está bem documentado na literatura (Bergendal, 1992; Leao e Sheiham, 1995; Locker 1992; Slade e Spencer 1994) no entanto apenas recentemente se prestou atenção às causas psicológicas da perda de dentes.

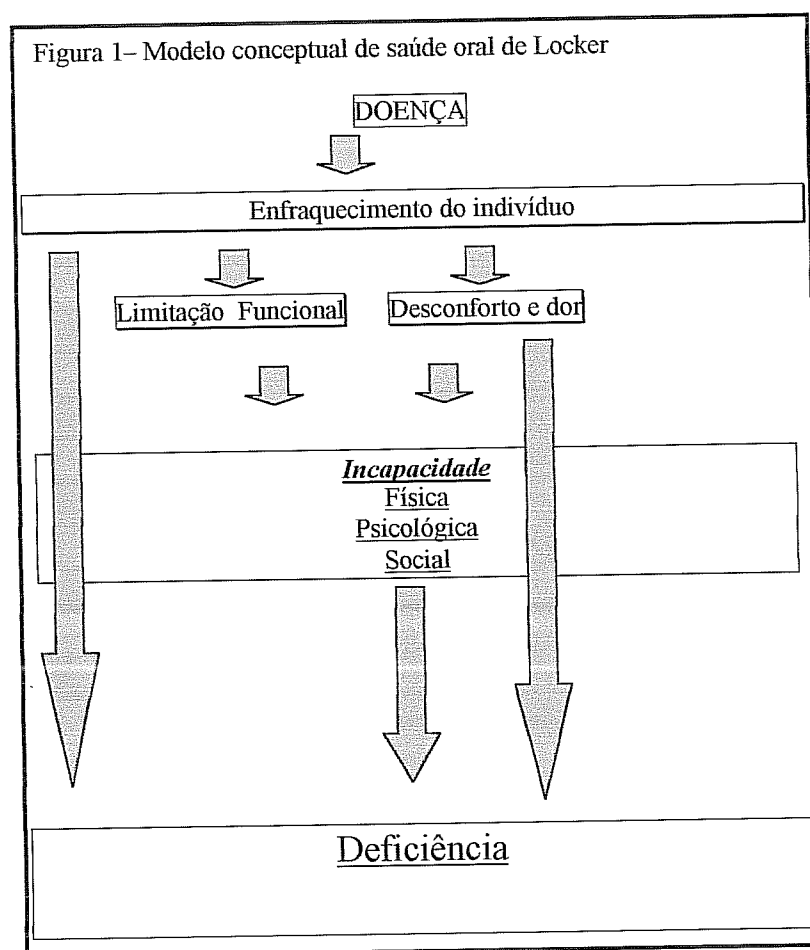
Segundo Fiske e col. (1998), as reacções mais comuns identificadas em relação à perda de dentes são: preocupações estéticas; perda de autoconfiança, preocupações acerca da aparência e auto imagem; secretismo e tabus sobre a perda dos dentes; discrição no uso das próteses dentárias; alterações de comportamentos; envelhecimento precoce e falta de preparação para a perda dos dentes.

As consequências das doenças orais estão directamente relacionadas com a qualidade de vida do indivíduo. De acordo com Gift e col. (1997) o interesse nesta área por parte dos investigadores têm vindo a expandir-se, em parte, devido à crescente promoção da saúde e à diminuição das taxas de mortalidade, elevando a idade média dos indivíduos. Para este autor, a forma como se determinavam os níveis de saúde oral, usando variáveis epidemiológicas tradicionais, não permitia determinar o grau de disfunção, desconforto e deficiência que as doenças orais provocavam nos indivíduos.

A relação saúde oral qualidade de vida é complexa e multi-dimensional, usando o modelo conceptual criado por Patrick e Erickson em 1993, a saúde oral vs. qualidade de vida incorpora: sobrevivência (ausência de cancro oral e presença de dentes) ausência de enfraquecimento, doença ou sintomas; funções físicas adequadas à mastigação, ao engolir e ausência de desconforto e dor; funções emotivas

associadas ao sorriso; funções sociais associadas com a execução de normas sociais; percepções de excelente saúde oral; satisfação com a saúde oral; e ausência de desvantagens sociais ou culturais devido ao estado dentário (Mc Grath e Bedi, 2001).

Existe um modelo adaptado em 1988 por Locker para a medicina dentária, que representa hierarquicamente os impactos que as doenças orais podem criar no indivíduo (figura 1). Por exemplo, as doenças orais podem conduzir à perda de dentes (*enfraquecimento do indivíduo*). No mesmo estágio, esta situação pode criar dificuldades de mastigação (*limitação funcional*) ou, por vezes, traumatismos criados pelo uso de próteses dentárias (*desconforto*). Eventualmente, esta situação pode criar dificuldades na alimentação do indivíduo ou a necessidade de evitar comidas



---

preferidas (*incapacidade*). Em casos extremos, estas situações podem desencorajar os indivíduos a efectuarem as suas refeições fora de casa, ou mesmo, a evitar comer com familiares e amigos, levando à criação de um sentimento de isolamento social (*deficiência*) (Nutall, Bradnock, White, Morris e Nunn, 2001).

## 5

### FACTORES DEMOGRÁFICOS

---

Embora não sendo uma crença individual de saúde, os factores demográficos são uma peça importante deste estudo. Desta forma, achou-se importante ter alguma referência ao nível da revisão bibliográfica.

As variáveis demográficas mostram associações fidedignas com a adopção de comportamentos de saúde e da doença.

Em relação às principais doenças orais, cárie dentária e doenças periodontais, a idade e o sexo são preponderantes na epidemiologia da doença. Segundo Almeida (1997), *“os dados reunidos pela OMS em 97 estudos realizados em 58 países, entre os quais Portugal, mais de 83% dos indivíduos com 35-44 anos e pelo menos 33% dos jovens com 15 anos apresentam algum sinal de doença periodontal”* ainda segundo o mesmo autor, numa população adulta com o nível sócio-económico baixo, a idade e o sexo, são as determinantes para a saúde periodontal.

Segundo Almeida (1997) em relação à cárie dentária há uma maior prevalência no sexo feminino e no nível etário dos 12 aos 18 anos. A influência que o habitat tem na epidemiologia da doença, é actualmente contraditória. Níveis sócio-económicos baixos, não implicam necessariamente maiores níveis de cárie dentária.

Ao olharmos para os comportamentos, os factores demográficos são também importantes na sua caracterização. Por exemplo, a idade parece demonstrar uma relação curvilínea com muitos comportamentos de saúde, com uma alta incidência em comportamentos de alto risco para a saúde nos jovens adultos e uma menor incidência nas crianças e adultos mais velhos (Assink, Verhey, Hoogstraten e Goedhart, 1995; Freeman, Maizels, Wyllie e Sheiham, 1993; Macgregor e Baldwin, 1991; Macgregor, Baldwin e Regis, 1998; Petersen, Danila e Samoila, 1995). Os comportamentos de saúde são também influenciados pelo género, com as mulheres a terem normalmente comportamentos de menor risco (Macgregor e col., 1991; Macgregor e col., 1998; Petersen, Danila e Samoila, 1995). Diferenças entre estatutos socio-económicos e raciais são também, aparentemente, importante nos comportamentos de saúde (Petersen e col., 1995; Watson, Horowitz, Garcia e Canto, 1999). Normalmente, os indivíduos mais novos com um grau de educação superior, sobre um ambiente de baixo stress com altos níveis de suporte social, são mais capazes de praticar comportamentos benéficos para a saúde, enquanto que os indivíduos nos pólos opostos são mais relutantes a essas actividades.

## 6

### O MEDO

---

O *medo* é um dos principais responsáveis pelo não tratamento das doenças orais e pelo facto de nos ser tão difícil ir ao dentista. (Berggren 1993; Berggren e Meynert, 1984; Cohen, 1985; Kleinknecht, McGlynn, Thorndike e Harkavy 1984; Klepac 1988; Milgrom, Getz e Weinstein 1988; Scott e Hirrschman 1982). A sua relação com o agravamento das condições orais, também está descrita na literatura (Abrahamsson, Berggren, Hakeberg e Carlsson, 2001; Berggren e col. 1984; Schuurs e Hoogstraaten 1993; Weinstein e Nathan 1988). Por sua vez, o *medo* sentido pelos pacientes, também afecta a qualidade do trabalho efectuado pelos médicos dentistas (Weinstein, Milgrom, Ratener, Read e Morrinson 1978).

De acordo com Rubin, Slovin e Krochak (1988), oito a quinze por cento da população apresenta fobias em relação ao tratamento dentário. No entanto, os outros oitenta e cinco a noventa por cento, apesar de não apresentarem fobias, sentem quase sempre algum desconforto, ansiedade ou medo antes e durante um tratamento dentário.

O *medo* consiste numa amálgama de pensamentos e sentimentos expressos através de comportamentos de fuga ao estímulo causador desse medo. Segundo Milgrom e col. (1995), o *medo* é uma resposta emocional individual perante uma potencial ameaça ou perigo. Esta resposta é composta por três componentes relacionados:

- um estado cognitivo desagradável
- mudanças psicológicas, envolvendo a activação do sistema nervoso simpático (reacções de medo intensas incluem: taquicardia, transpiração, alterações da respiração, tensão muscular, problemas intestinais e outros sinais de perturbação psicológica e fisiológica)
- movimentos descontrolados, tais como: tremura das pernas, tentativas de fuga da ameaça.

Ansiedade é um termo usado mais frequentemente para caracterizar uma experiência semelhante ao medo mas que não está ainda bem definida (Lindsay e Jackson (1993).

A fobia é uma forma especial de medo intenso (Milgrom e col., 1995). De acordo com este autor e citando o Diagnostic and Statistical Manual (DSM IV, 1994) da Associação de Psiquiatria Americana, fobia é definida por: “(...) um *medo* marcado e persistente perante objectos e situações bem definidas. A exposição ao estímulo fóbico quase que invariavelmente provoca resposta de ansiedade (...)”.

A investigação feita nesta área, tem demonstrado que os Dentistas e os Higienistas Oraís podem ter um papel mais activo no reconhecimento dos níveis de ansiedade e medo dos pacientes. Profissionais com novas atitudes, e mais preparados para identificar e tratar estes estados de medo, podem prevenir, por exemplo, as sequelas que uma experiência desagradável pode criar aos pacientes (Berggren e col. 1984; Cohen, Fiske, Newton, 2000; Locker, Liddell, Dempster, Shapiro, 1998; Milgrom e col., 1988).

## 6.1. – Porque é que temos *medo* de tratar os dentes?

A principal causa para o *medo do Dentista* são as experiências traumatizantes durante um determinado tratamento dentário (Litt, Kalinowski, Shafer, 1999; Rubin e col, 1988; Milgrom e col., 1995).

Segundo Rubin e col. (1988) as pessoas não nascem medrosas. Esta associação entre o *medo* e a medicina dentária desenvolveu-se através de processos sociais e experiências pessoais adquiridas. Muitas dessas experiências, são consequências directas de consultas mal sucedidas, no entanto, muitas outras são comunicadas indirectamente através de outras pessoas e dos *média*.

Estas experiências negativas podem tornar qualquer tipo de tratamento como causador de dores intensas ou de um medo incontrolável. Por outro lado, são responsáveis por criar interacções pessoais negativas entre dentistas e pacientes. Em ambos os casos, o paciente cria na sua mente a associação entre a medicina dentária e uma experiência desagradável. Esta associação profunda pode desenvolver-se apenas com uma consulta (Corah, O'Shea e Bissel, 1984; Poulton e Menzies, 2002).

Actualmente, defende-se também que apesar dos *medos* se adquirirem através de experiências directas, eles também podem ser adquiridos através de experiências relatadas ou observadas por terceiros (Milgrom, Vignehsa e Weinstein, 1992; Milgrom e Weinstein, 1999) referem que ao se examinarem dez dos mais comuns medos, a maioria das pessoas atribui o aparecimento do medo a experiências que ouviram através de terceiros, confirmadas depois por experiências pessoais. Num estudo efectuado por Stoeckle (1988) conclui-se que as más experiências contadas pelas mães aos seus filhos, são fortes preditores do *medo*.

Outro factor muito importante neste tema, e de grande importância para este estudo, prende-se com o comportamento dos profissionais de saúde e as percepções

dos pacientes. Respostas emocionais condicionadas, podem extrair do paciente reacções reflexas baseadas na associação de estímulos dolorosos ou assustadores perante um objecto ou pessoa que esteja presente (Skaret, Raadal, Berg e Kvale, 1998). Estas associações são automáticas e não requerem intenção (Weinstein e col., 1991). Assim, o profissional pode ficar directamente marcado com a situação criada ao paciente. Outro factor importante, é que nem todos os pacientes que admitem ter *medo* do dentista reportam experiências dolorosas significativas, no entanto evitam tratar dentes. Muitos desses pacientes referem que as características pessoais e profissionais do profissional de saúde oral foram as responsáveis pelo *medo*, independentemente da dor sentida (Gale, Carlsson e Eriksson, 1984; Kerr, 1985; Milgrom e col. 1995).

As consultas de medicina dentária adquirem uma natureza pessoal forte. Stoeckle (1988) afirma que alguns pacientes descrevem os seus dentistas como rigorosos, austeros, mal encarados, insultuosos e convencidos.

Klepac (1988) relata a descrição de um paciente sobre a relação com o seu primeiro dentista (anos 60) e a sua contribuição significativa para o seu *medo* actual em relação aos tratamentos dentários:

*“(...) lembro-me que o meu dentista tinha um forte mau hálito. Ficávamos horas na sala de espera, um corredor cheio de gritos e queixas surdas. Só lá ia o necessário e em último caso. Antes de marcar uma consulta, tinha de andar umas semanas a arranjar coragem e no dia da consulta nunca me sentia bem. O pior era estar sentado na cadeira, sentir aquela mistura de cheiros, o dele, o da sala, enfim...Eu acho que ele olhava para a minha boca sem olhar, e fazia sempre comentários à forma como eu escovava os dentes. Se eu dizia que ele me estava a aleijar, acho que ele nem ouvia, por fim eu já nem dizia nada com medo que ele me envergonhasse*

*mais. (...)*” Neste caso, o *medo* e abstenção nas idas ao dentista tem como causa as relações interpessoais com um profissional, sendo a dor um factor secundário.

Num artigo publicado por Rubin e col. (1988) afirma-se que regras simples como o gostar e o não gostar aplicam-se directamente com a medicina dentária. Do ponto de vista do paciente, está muita coisa em jogo numa ida a um consultório dentário e não apenas o tratamento que necessita. Segundo Berggren (1993) o paciente sente que está dependente do profissional que tem à sua frente, e que tem um papel secundário no destino que se lhe apresenta quando se senta na cadeira dentária para iniciar um tratamento. Perante estas condições, o paciente precisa de confiar no profissional escolhido. Se o profissional não o tratar de uma forma considerada segura e confiante, este pode estar a criar no paciente um sentimento de insegurança e desconfiança, causador de ansiedade. De acordo com um relato de um paciente: *“Se eu não me sinto seguro psicologicamente perante o profissional, como é que o meu corpo se sentirá, o que é que ele me vai fazer?”*, uma personalidade desajeitada, uma comunicação deficiente, podem levantar questões sobre as capacidades técnicas do profissional (Klepac, 1988). A atitude e a confiança no profissional de saúde, são fundamentais para que os pacientes com *medo* e que evitam os tratamentos dentários, alterem a sua postura (Neverlien, 1988; Kvale, Milgrom, Getz e Weinstein, 2001).

## 6.2 – A percepção do Profissionalismo e da Comunicação dos profissionais de saúde oral

Atendendo às últimas linhas do capítulo anterior, quando falha a confiança, quando falha a ligação positiva entre paciente e profissional, a relação está abalada, trazendo essa situação poucos benefícios para a saúde do paciente. Ou seja, muitas vezes o assunto *medo*, como já foi referido, não é só um problema psicológico, acarreta consequências que estão para além dos suores frios e das palpitações.

Segundo Kvale e col. (2001) a percepção que os pacientes têm do profissionalismo e da ética dos profissionais de saúde oral pode ser uma razão para a não adesão aos tratamentos, para o *medo* e para a pouca importância que muitas vezes dão aos conselhos e ensinamentos efectuados pelos profissionais. Para Freeman (b) (1999) a ideia que passa pela cabeça do paciente é “*Eu não estou convencido das boas intenções deste senhor...!*”. Por sua vez, segundo Milgrom e col. (1995) este tipo de atitudes devem ser esperadas e consequentemente detectadas. Elas não querem dizer que a relação paciente/profissional está prejudicada, mas o assunto deve ser falado directamente com o paciente. Nos estudos encontrados, contudo, apenas uma minoria se encontrava realmente preocupada com o profissionalismo dos profissionais responsáveis pela sua saúde oral. Apesar de haver resultados que indicavam um certo grau de preocupação pela competência em função das suas necessidades, a maioria concordava que os dentistas eram capazes de lidar profissionalmente e eficazmente com as situações. As excepções são, geralmente, pacientes que passaram por experiências traumáticas (Locker e col. 1998; Milgrom e col. 1991; Stoeckle, 1988; Kvale e col., 2001).

A maioria dos conflitos entre profissionais e pacientes, são causados pela incompatibilidade de objectivos (Bradnock, White, Nuttall, Morris, Treasure e Pine, 2001).

Muitas vezes, o objectivo dos profissionais em relação às necessidades das pessoas é diferente do que levou o paciente a procurar o profissional. Ir ao dentista, ou seja utilizar os meios que estão à disposição da população é o desafio, o jogo. A grande variável aqui presente são os objectivos percebidos, quer pelo profissional quer pelo paciente. A nossa percepção das necessidades é, em grande parte, influenciada pelas nossas crenças e pelas nossas aprendizagens passadas que, por sua vez, vão influenciar os nossos comportamentos futuros (Gobetti, 1981).

De acordo com Dworkin e col. (1978) existem três elementos muito importantes que são a base da transformação de uma percepção num comportamento. Quando usamos a nossa percepção perante uma situação particular, de forma a identificar um objectivo, e em seguida usamos essa *identificação* para formar expectativas e avaliações de outras características associadas, e depois usamos essas *interpretações* para *extrapolar* sobre outras informações não observadas ou para prever comportamentos, formamos a base do nosso comportamento em função do objectivo percebido. Por exemplo, podemos, com base num determinado estímulo, tal como o tamanho ou a aparência, identificar um indivíduo como sendo uma criança. Se a nossa experiência passada no tratamento de crianças nos levar a tratar esta criança baseada apenas na percepção de que é uma criança (*vai portar-se mal, vai chorar e vai ser insuportável*), podemos extrapolar destas interpretações gerais que não vale a pena ensinar, por exemplo, a escovar os dentes, porque ela nem nos vai ouvir. As percepções criam-se num espaço de tempo curto, o profissional viu que ia tratar uma criança e o processo cognitivo começou. O pai ou a mãe da criança tinham

percepcionado uma consulta que incluísse ensinamentos de higiene oral. O futuro da relação entre o dentista e o paciente fica assim condicionado. As expectativas desempenham um papel, importante, na determinação de comportamentos.

Mesmo concordando com os objectivos finais, pode-se discordar da forma como estes são alcançados. Este facto, tem importantes implicações para os profissionais, no que se refere a perceber as atitudes e comportamentos dos pacientes no sentido de evitar conflitos (Bradnock e col., 2001).

A relação que os pacientes têm com os profissionais de saúde conta com uma variável muito importante na descodificação deste intricado mundo cognitivo: a comunicação.

Existem diversos estudos publicados sobre a importância da comunicação na relação paciente/profissional de saúde. A percepção de que existe uma boa comunicação é uma variável crítica na determinação da adesão aos tratamentos dentários, na alteração de hábitos de saúde, no aumento da satisfação dos pacientes e na redução do medo (Edington, 2000; Freeman (d), 1999; Kvale e col. 2001; Logan, 1991; Nestel e Betson, 1999; Weinstein e col., 1991).

Na literatura científica de saúde oral sobre comportamento humano e relações pessoais, existe consenso sobre o facto de que uma comunicação eficaz, quer seja para melhorar as relações entre a equipa dentária ou a relação profissional – paciente, é essencial para o sucesso do tratamento (Blinkhorn, 1998; Crossley, Blinkhorn, e Cox, 2001). Segundo Kurtz, Silverman e Draper (1998) o profissional de saúde oral é chamado “*ao palco*” para se “*exibir*” na arte da comunicação com o objectivo de tratar os pacientes e influenciar o seu comportamento subsequente. Um tratamento eficaz, que inclui a adopção de novas atitudes e hábitos de saúde oral, requer uma transmissão de informação eficaz (*comunicação*) e a criação de uma relação pessoal.

A utilização destas técnicas irá proporcionar ao paciente uma relação mais sólida com o profissional.

Para Weinstein e col (1991) uma comunicação eficaz é um processo complexo. Tem de existir uma mensagem enviada com uma determinada intenção. Depois, terá de haver um receptor. Esse receptor terá de ser influenciado pelo objectivo da intenção e desta forma, as suas crenças, conhecimentos ou comportamentos, terão de ser “afectados”. Para que uma comunicação eficaz ocorra três estádios necessitam de acontecer: Atenção, Compreensão e Aceitação (Kurtz e col., 1998):

- *Atenção* – primeiro, é necessário que a mensagem seja recebida, que seja vista, ouvida e sentida.
- *Compreensão* – Assim que a atenção do receptor esteja assegurada a mensagem terá de ser ouvida e percebida. O mero facto do receptor repetir a mensagem não quer dizer necessariamente que o significado desta tenha sido compreendido.
- *Aceitação* – Uma mensagem que foi recebida e o seu conteúdo percebido, pode, apesar de tudo, ser rejeitada. A comunicação chegou a existir, o seu objectivo final é que não foi atingido.

Esta leitura sobre uma comunicação eficaz, leva-nos a concluir que, ao contrário do que a maioria dos profissionais pode pensar, comunicar não é apenas saber sorrir e saber falar, é algo bem mais complexo e vital na relação profissional/paciente e desta forma é algo crucial para a saúde oral dos indivíduos.

Segundo vários autores, falha-se muito neste processo. As falhas ao nível da *atenção* ocorrem, na maior parte das vezes, quando o foco da mensagem está mais virado para o envio do que para a recepção. Muitas vezes, os profissionais de saúde assumem que a repetição de conceitos e definições é a melhor forma de passar a informação. Nessa tentativa, não existem esforços reais para detectar se o paciente

está realmente a ouvi-lo ou não. Se a comunicação é um processo de ida e volta e não um monólogo do profissional, o foco deve estar sempre no receptor e nunca no mensageiro (Crossley e col. 2001; Grace, 2001; Logan, 1991; Weinstein e col. 1991).

Falhas ao nível do estágio da *compreensão* ocorrem frequentemente quando o foco está na construção da mensagem em vez de estar nos conceitos representados pela mensagem. A frase “deixe-me dizer isto por outras palavras...” é demasiado frequente e indica que o mensageiro reconheceu que a sua mensagem inicial não tinha passado mas, por outro lado, indica que o mensageiro assumiu que a falha era devido á escolha das palavras que tinha feito em vez da clareza das ideias (Weinstein e col., 1991).

No estágio da *aceitação*, o erro mais frequente deriva do facto de que o foco da informação está inserido na mensagem em si e não nas atitudes e emoções que esta provoca no receptor (Freeman (d), 1999). Muitas vezes sentimos que a comunicação foi eficaz quando o nosso ouvinte consegue repetir o que fizemos ou ensinámos. No entanto, o critério de aprendizagem, não é apenas a capacidade de repetir o conteúdo de uma mensagem. Quantas vezes ficamos satisfeitos pelo facto do paciente repetir de forma correcta a técnica de escovagem no consultório e depois ficamos desapontados por essa técnica não ter seguimento no dia a dia do paciente. As crenças do receptor e a capacidade do mensageiro jogar com elas são uma característica fundamental para o sucesso deste processo a que chamamos uma comunicação eficaz (Freeman (d), 1999).

Não existem fórmulas mágicas para comunicar, a atitude é fundamental. É preciso acreditar que as nossas capacidades de comunicação não são, na maior parte das vezes, características inatas, elas tem de nos ser ensinadas. De acordo com Kulich, Rydén e Bengtsson (1998) a elevada importância que os pacientes dão à atenção que

lhes é dada pelos dentistas, está a criar uma nova forma de actuar entre os novos profissionais. Assim, a importância que as disciplinas de comunicação e sociais têm nos currículos dentários é cada vez maior e deverá ser levada em conta num futuro próximo.

Goldrick e Pine (1999) defendem que é preciso uma reforma curricular urgente nas licenciaturas em Medicina Dentária. É preciso investir na formação dos profissionais de saúde oral nas áreas das ciências sociais e da comunicação. Segundo este autor, o exemplo inglês é um sinal de que certos países estão a perceber o rumo que devem seguir. Em Inglaterra, nos últimos 15 anos as ciências comportamentais ganharam estatuto nos currículos dentários em quase todas as universidades. Existem ainda algumas dificuldades, a sua relevância e importância é diferente de escola para escola e as suas aplicações clínicas são ainda inexistentes, no entanto existem movimentos e há já uma proposta de alteração para esta situação de forma a que o ensino destas áreas seja mais eficaz e completo, isto é, que seja mais eficaz para os alunos com a consequente aplicação nos pacientes.

Segundo Berndsen, Eijkman e Hoogstraten (1993) os higienistas orais têm actualmente, uma formação mais direccionada para o paciente.

As mudanças de atitudes são um percurso lento, para que este se desenvolva são necessários pacientes e profissionais motivados e não frustrados. A motivação é o acto que envolve a criação de interesses, uma preocupação verdadeira pela pessoa que temos à nossa frente. É um jogo entre o ouvir, e o providenciar informação (Weinstein e col., 1991). O interesse do Médico Dentista ou do Higienista Oral e o seu empenho, quer na prevenção, quer na resolução de problemas, são dos factores mais importantes nesta guerra contra os maus hábitos e atitudes. Se eles não forem entusiastas e não acreditarem na eficácia dos seus conhecimentos irão comunicar

essa atitude negativa ao paciente. (Freeman (d) 1999). Citando Nietzsche: “(...) *Bem podemos mentir com a boca, mas com as trombas que fazemos a acompanhar acabamos por dizer a verdade.*” (Nietzsche cit. por Gruen, 1995).

É no seguimento deste contexto que surge a ideia de existir algum tipo de relação entre o medo, a percepção de profissionalismo e a comunicação. Relembrando os parágrafos anteriores, observamos como a literatura é evidente em realçar esta tríade. Então, não estará fora do contexto explorar a ideia de existir um mediador entre elas. Baron e Kenny (1986) definem um mediador como uma terceira variável que representa o mecanismo generativo através do qual a variável focal independente é capaz de influenciar a variável dependente. Ou seja, será a comunicação um mecanismo impulsionador do profissionalismo de forma a diminuir o medo e assim aumentar a qualidade da relação entre profissionais e pacientes?

Segundo Mitchel e Jolley (2001) perceber o processo de mediação causado pela participação que nasce entre o estímulo observável e a resposta observável, permite-nos perceber como é que a causa dá os seus efeitos. Ainda segundo estes autores, um estímulo pode ter efeito numa primeira fase mudando algumas variáveis mediadoras do paciente (pensamentos, sentimentos ou reacções fisiológicas), que, por sua vez, alteram as mudanças de comportamentos dos pacientes.

Desta forma, achou-se que seria interessante perceber qual é o papel da percepção da comunicação na relação anteriormente referida entre a percepção do profissionalismo e o medo. Sigal e Mills citados por Mitchel e col. (2001) afirmam que se suspeitarmos que uma variável mediadora é responsável pelo efeito de um determinado factor, deveríamos fazer a experiência de manipular essa determinada variável. Foi o que fizemos...

## 7

### SIGNIFICÂNCIA E OBJECTIVOS DA INVESTIGAÇÃO

A importância da boca é subjectiva e depende de cada indivíduo, das suas percepções e crenças (Melsen e col. 1987). O crescendo da investigação e das tecnologias na medicina dentária, só por si, não mudou a relação dos indivíduos com os tratamentos e não melhorou os comportamentos preventivos das doenças orais (Freeman (a), 1999; Weinstein e col. 1989).

Parece haver unanimidade que diversos factores cognitivos estão por detrás das atitudes e dos comportamentos das pessoas. Factores extrínsecos e intrínsecos, que são a base de modelos de cognição social, usados na tentativa de perceber a melhor forma de alterar comportamentos incorrectos de saúde.

Constata-se então que, a investigação nesta área tem sido importante para descobrir as variáveis que permitam aos profissionais de saúde, criar melhores planos de acção para proteger a saúde e a qualidade de vida das pessoas.

A pouca investigação que existe em Portugal na área dos factores cognitivos na saúde oral, levou-nos a elaborar este estudo exploratório. Tradicionalmente, Portugal é um país com medo de ir ao dentista e com fortes crenças na área da saúde oral.

A caracterização de alguns hábitos relacionados com a saúde oral bem como a caracterização de algumas crenças e percepções individuais de saúde, associado a uma primeira tentativa de quantificar os níveis de medo e, de relacionar esse medo

com a comunicação e o profissionalismo, são dados que consideramos importantes para uma melhor compreensão dos comportamentos de saúde oral.

Tendo estas finalidades em vista, foram criados os seguintes objectivos:

- **OBJECTIVO 1 – Caracterizar as crenças individuais de saúde, comportamentos e percepções de saúde oral, e do medo de ir ao “dentista”.**
- **OBJECTIVO 2 – Investigar possíveis relações entre: o medo, as crenças individuais de saúde, comportamentos e percepções de saúde oral, no sentido de identificar possíveis preditores dos comportamentos de saúde oral.**
- **OBJECTIVO 3 – Investigar em que medida a comunicação pode ser um mediador entre a percepção de profissionalismo dos profissionais de saúde oral e o medo.**

# 8

## METODOLOGIA

---

### 8.1 – Introdução

Este capítulo será dividido em 3 secções:

- Desenho do estudo.
- Escolha e desenvolvimento das medidas usadas no estudo.
- Procedimentos gerais da análise estatística.

### 8.2 – Desenho do estudo

Este é um estudo transversal. Foi elaborado um questionário que inclui *medidas de avaliação cognitivas* tais como: *crenças individuais de saúde oral* (locus de controlo, valores de saúde, percepção sobre as consequências das doenças orais, percepção do profissionalismo dos profissionais de saúde oral e percepção da comunicação dos profissionais de saúde oral); *medidas de avaliação emocional*: o medo e *medidas de avaliação demográfica* (sexo, idade e nível de escolaridade). Foram também avaliados *hábitos e percepções de saúde oral*.

### 8.3 – Escolha e desenvolvimento das medidas usadas no estudo.

A escolha das medidas foi feita no sentido de responder aos objectivos do estudo. Dado que, não existem nesta área medidas específicas traduzidas para português e já aferidas, foram escolhidos instrumentos que nos providenciassem alguma comparação com estudos previamente realizados, e foram criadas medidas de avaliação, com a colaboração da Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa e o seu departamento do Curso de Higienistas Orais, de forma a avaliar hábitos e percepções de saúde oral.

As escalas usadas na avaliação das *crenças de saúde oral* (*locus* de controlo, percepção do profissionalismo e comunicação) e do *medo* foram traduzidas do Inglês. Posteriormente foram dadas a ler a colegas na área da saúde oral, para que se pudesse avaliar a sua percepção e legibilidade. Numa segunda fase, foi elaborado um pré-teste a 30 indivíduos, onde foi pedido para além de responderem ao questionário que colocassem todas as dúvidas que surgissem no preenchimento.

O questionário utilizado inclui 59 itens, distribuídos por 6 dimensões: *dados demográficos, locus de controlo, consequências, medo, percepções de comunicação e profissionalismo e hábitos e percepções de saúde oral.*

O questionário usado neste estudo encontra-se no Anexo 1.

### **Informação demográfica.**

Foram avaliados o sexo, a idade e o nível de Escolaridade.

Para a variável idade foram criados três níveis etários. Os sujeitos foram assim divididos em 3 grupos de acordo com intervalos específicos na sua idade: Grupo 1: dos 18 aos 22; Grupo 2: dos 23 aos 31; Grupo 3: Maiores que 32.

Para o nível de escolaridade foram criados 4 grupos: Grupo 1: indivíduos apenas com a 4º ano de escolaridade (antiga 4ª classe); Grupo 2: indivíduos com escolaridade entre o 5º ano e o 9º ano; Grupo 3: frequência do 10º ao 12º; Grupo 4: Curso superior.

### **Crenças de Saúde Oral.**

*Dental Beliefs Questionnaire* (Borkowska e col., 1998). Esta escala foi traduzida do Inglês e contém três escalas de *Locus* de Controlo e uma escala de Valores da Saúde. De acordo com os autores, foi efectuada, de forma a evitar um viés de tendência central, uma escala tipo Likert de 6 pontos desde: 1 (discordo plenamente) até 6 (concordo plenamente). Ainda segundo os autores, a Escala de Crenças de Coping Dentário (Dental Coping Beliefs Scale) (Wolfe e col., 1991) providenciou seis itens para a escala de Locus de Controlo Interno (perguntas 5, 8, 9, 10, 11 e 12), seis itens para o *Locus* de Controlo Externo (perguntas 2, 3, 6, 14, 16 e 17) e quatro itens para a escala de *Locus* de Controle dos Poderosos (perguntas 4, 7, 19 e 21). Segundo Borkowska, a escala de valores de saúde foi retirada do questionário de Lau e col., 1986 (perguntas 13,15,18 e 20). A variação da escala do *Locus* de Controlo Externo (LCE) e do *Locus* de Controlo Interno (LCI) varia entre os valores 6 e 30. A classificação global, somatório obtido nos vários itens de LCE e LCI, quando elevada, significa que estão presentes níveis de LCE e LCI mais elevados. As escalas

dos “todos poderosos” e valores de saúde não foram utilizadas devido à sua baixa consistência interna.

As questões formuladas de modo negativo (Q13 e Q20) foram invertidas em relação às restantes, ou seja, se nesses itens era assinalada a opção 1 (Discordo completamente), recebia a pontuação máxima, de 6, ao contrário do efectuado em relação aos itens formulados de modo directo, que na opção 1 recebiam a pontuação de 1.

### **Medo.**

*Dental Fear Survey (DFS) (Kleinknecht e col., 1984).* O DFS é uma escala que já foi utilizada em várias investigações (Litt e col., 1999; Milgrom e col., 1995; Skaret e col., 1998; Kvale e col., 2001). Nesta escala são estudadas três áreas relacionadas ao medo específico de ir ao dentista. A primeira área do DFS permite aos pacientes relatar que tipos de sensações têm durante um tratamento dentário.

Esta área é avaliada por 5 itens (questões 22 a 26). O valor 1 foi atribuído à opção *nunca*, o valor 2 à opção *uma ou duas vezes*, o valor 3 à opção *várias vezes*, o valor 4 à opção *muitas vezes* e o valor 5 à opção *sempre*. A segunda secção do DFS permite ao paciente indicar a quantidade de medo que cada tipo de intervenção ou situação lhe pode causar. É avaliada pelo grupo de perguntas 27 que contem 12 itens. Os valores das opções são semelhantes à anterior. O valor da escala de Percepção de Medo (PM) foi calculado através do somatório das duas primeiras secções do DFS (questões 22 a 26 e os 12 itens do grupo de questões 27). Os valores obtidos para cada um dos 17 itens respeitantes a cada resposta foram somados, sendo que a níveis de codificação mais elevados (o valor de PM varia entre 17 e 85) estão relacionados níveis de medo mais elevados. A pergunta 23, que não entra na escala de PM, é uma pergunta generalista e permite aos indivíduos indicar, duma maneira geral, se têm

medo de ir ao dentista. As respostas a esta pergunta servem como bom indicador do estado geral de medo dos indivíduos (Milgrom e col., 1995). A variação da escala é entre 1 e 5 e os valores atribuídos às opções são semelhantes às anteriores.

### **Percepção das consequências das doenças orais (PCDO).**

Utilizou-se a sub-escala *Consequências (IP6-IP11) do IPQ-R (Moss-Morris e col., 2002)*, versão portuguesa com 6 itens. O valor 1 foi atribuído à opção *discordo plenamente*, o valor 2 à opção *discordo*, o valor 3 à opção *não concordo nem discordo*, o valor 4 à opção *concordo* e o valor 5 à opção *concordo plenamente*, adaptando as perguntas para o universo das doenças orais. O valor do item formulado de modo inverso foi somado após inversão da sua classificação (Q31). Os valores obtidos para cada um dos 6 itens foram somados, obtendo-se assim a classificação total da PCDO. A variação da escala é entre os valores 6 e 30. Uma classificação mais elevada indica uma percepção mais grave das consequências das doenças orais.

### **Percepção do profissionalismo e da comunicação dos profissionais da saúde oral.**

*Dental Beliefs Survey (DBS)* (Smith, Weinstein, Milgrom, Getz, 1984). Esta escala foi criada para examinar o desenvolvimento interpessoal ou as relações entre os pacientes e os profissionais de saúde. Enquanto que outros instrumentos psicométricos para a área da saúde oral focam sobretudo aspectos relacionados com as reacções de ansiedade perante um determinado procedimento ou tratamento, o DBS está directamente vocacionado para as subjectivas percepções do paciente em relação ao comportamento dos profissionais de saúde oral e ao processo de prestação de cuidados (Kvale e col., 2001). Existem três áreas nesta escala: *Profissionalismo ou Ética; Comunicação, e Falta de controlo*. Para este estudo estudaram-se apenas as

A pergunta 57 avalia a frequência do uso do fio ou fita dentária. Varia entre 1 e 5 (Nunca - Raramente - 1 x por semana - 2 a 3 vezes por semana - Diariamente).

As perguntas 58 e 59 avaliam, respectivamente, a frequência de consultas com o Dentista e com o Higienista Oral nos últimos dois anos. Variam entre 1 e 5 (Nenhuma - uma vez - duas a cinco vezes - cinco a dez vezes - mais de dez vezes).

Foi criada a variável Procura de Cuidados de Saúde (DENTCARE) para a análise dos preditores das consultas com o Dentista e Higienista Oral. Obteve-se o valor total da DENTCARE somando as classificações dos 2 itens (pergunta 58 e 59). A variação da escala é entre 2 e 10. Uma classificação mais elevada indica uma maior frequência nas consultas com estes profissionais.

#### 8.4 – Consistência interna das escalas

A consistência interna das principais variáveis (quando aplicável) foi avaliada usando o alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach. Os resultados podem ser observados na tabela 1.

Tabela 1 – Consistência interna das principais variáveis

(alfa de Cronbach) (n=404)

Variáveis	N.º de itens	Coefficiente alfa
Locus externo	6	.63
Locus interno	6	.71
Medo	17	.95
Percepção das consequências	6	.71
Percepção do profissionalismo	11	.67
Percepção da comunicação	9	.84

duas primeiras. Assim, da pergunta 35 à 45 temos a dimensão *profissionalismo ou ética* (PPPSO). Cada um dos 11 itens foi codificado numa escala tipo Likert, com cinco opções de resposta, indicando o 1 a opção *nunca*, o 2 a opção *às vezes*, o 3 a opção *várias vezes*, o 4 *muitas vezes* e o 5 *sempre*.

Os valores dos itens formulados de modo inverso foram somados após a inversão das suas classificações (q62, q64, q68 e q70). Obteve-se o valor total da PPPSO somando as classificações dos 11 itens. A variação da escala é entre 11 e 55. Uma classificação mais elevada indica uma percepção de menor profissionalismo.

Da pergunta 46 à 54 temos a dimensão *comunicação* (PCPSO). A codificação dos 9 itens foi igual à do profissionalismo. Não há itens invertidos. Assim a classificação final da PCPSO foi obtida somando a classificação dos 9 itens cuja variação é entre 9 e 45. Uma classificação mais elevada indica uma percepção de menor qualidade de comunicação.

### **Hábitos e percepções de saúde oral.**

Comportamentos e atitudes preventivas de saúde oral, bem como a frequência das consultas de revisão e a percepção do estado de saúde oral foram avaliados nesta área do questionário. Esta secção foi criada pelo investigador e revista por Higienistas Oraís, Monitores do Curso de Higienistas Oraís da FMDUL e por um Professor da referida Universidade.

A pergunta 55 avalia a percepção do estado actual de saúde oral. Varia entre 1 e 7. Foi codificada, atribuindo-se o valor 1 à opção *péssima*, 2 *muito pobre*, 3 *pobre*, 4 *média*, 5 *boa*, 6 *muito boa* e 7 *excelente*. Os valores elevados correspondem a uma percepção de melhor saúde oral.

A pergunta 56 avalia a frequência da escovagem dos dentes. Varia entre 1 e 4 (1 vez por dia - 2 vezes por dia - 3 vezes por dia - mais de três vezes por dia).

### 8.5 – Procedimentos gerais da análise estatística.

A análise estatística foi efectuada através do SPSS ©, versão 9 e 10 para Windows ©. Foi feita uma análise descritiva para todas as medidas do estudo. Todas as variáveis foram testadas através do teste de Kolmogorov – Smirnov de forma a avaliar a normalidade das distribuições. Dado que os valores se distribuíam normalmente foram utilizados testes paramétricos. Utilizaram-se testes *t* e a ANOVA (análise de variância a um factor). As relações entre variáveis dependentes e independentes foram examinadas através do coeficiente de correlação de Pearson.

Para examinar o papel das variáveis LCI, LCE, PCDO, PM, PSO, PPPSO e PCPSO como preditores de comportamentos preventivos de saúde oral (UFD e FED) e procura de cuidados (DENTCARE) recorreu-se a uma análise de regressão utilizando o método *enter*.

Para examinar o papel das variáveis percepção do profissionalismo e comunicação no medo recorreu-se a uma análise de regressão utilizando o método *enter*. Nos modelos de regressão apenas entraram as variáveis independentes que apresentaram correlações significativas com as variáveis dependentes. Para reduzir a probabilidade de ocorrência de um erro tipo I, o nível de significância usado foi o  $p < .01$ . Foi feita uma análise de frequências (dados em anexo) que serve de apoio à análise descritiva dos resultados.

### 8.6 – Cálculo do *Poder* da amostra

Para fazer uma estimativa do tamanho da amostra e reduzir a probabilidade de ocorrência de um erro tipo II, utilizou-se o programa estatístico © G-Power, versão 2,0 (Buchner, Erdfelder, Faul, 1998). Desta forma, para detectar um efeito de tamanho médio com 80% de *Poder* e com um nível de significância  $p < .05$ , procederam-se aos cálculos necessários. São também apresentados os resultados do

*Poder* do estudo depois de recolhida a amostra. Os resultados do cálculo do poder estatístico (Buchner, Erdfelder e Faul, 1997) são apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Cálculo do poder estatístico

Testes estatísticos	Efect size	<i>N</i> à priori	<i>N</i> à posteriori	Poder
t-test (correlações)	$r = 0.3$	111	404	100%
One-way ANOVA (3 grupos)	$f = 0.25$	252	404	99%
One-way ANOVA (4 grupos)	$f = 0.25$	280	404	99%
Regressão múltipla (4 preditores)	$F^2 = 0.15$	129	404	100%
Regressão múltipla (6 preditores)	$F^2 = 0.15$	146	404	100%

### 8.7 – Participantes

Os participantes foram recrutados pelo investigador ou por colegas através da técnica de *bola de neve*.

O critério de inclusão foi o seguinte:

- População em geral com idade superior a 18 anos
- Não estarem profissionalmente relacionados com a área da saúde oral

### 8.8 – Procedimentos

A todos os participantes foi explicado oralmente qual era o objectivo da investigação e assegurado o anonimato da sua participação e a confidencialidade das respostas. O questionário foi auto-administrado. Os dados foram recolhidos entre Janeiro e Abril de 2001.

---

## 9

### RESULTADOS

---

#### 9.1 – Introdução

A análise estatística será apresentada segundo os objectivos propostos para o estudo.

#### 9.2 – Caracterização socio-demográfica da amostra

A amostra deste estudo foi constituída por 404 indivíduos que responderam ao questionário efectuado. Foram distribuídos 550 questionários, sendo a percentagem de respostas (404) de 74%.

Deste grupo, 63,4% são do sexo feminino e 36,6% são do sexo masculino. A média de idades é 29,2, variando entre os 18 e os 76 anos. Na tabela 3 são apresentadas as características sócio demográficas da amostra.

Tabela 3 – Características socio-demográficas da amostra

Características	(n=404)	
	Frequência	Porcentagem
SEXO		
Masculino	256	63.4
Feminino	148	36.6
IDADE		
Grupo 1 – dos 18 aos 22 anos	160	39.6
Grupo 2 – dos 23 aos 31 anos	113	28.0
Grupo 3 – maiores que 32 anos	131	32.4
NÍVEL DE ESCOLARIDADE		
Grupo 1 – 4ª classe (ano)	18	4.5
Grupo 2 – 9º ano	33	8.2
Grupo 3 – 12º ano	260	64.4
Grupo 4 – grau universitário	93	23.0

### 9.3 – OBJECTIVO 1 – Caracterizar as crenças individuais de saúde oral, o “medo de ir ao dentista” e os hábitos e percepções de saúde oral.”.

#### 9.3.1 – Crenças individuais de saúde oral

Na tabela 4 pode ver-se os valores médios da caracterização das principais crenças individuais de saúde, avaliadas neste estudo:

Tabela 4 – Caracterização das crenças individuais de saúde oral (n = 404)

VARIÁVEL	m	dp	variação
<i>Locus</i> de Controlo Externo	13.2	4.8	6 – 36
<i>Locus</i> de Controlo Interno	30.7	4.2	6 – 36
Percepção das Consequências das Doenças Orais	23.0	3.6	6 – 30
Percepção do Profissionalismo dos Profissionais de Saúde Oral	22.3	5.4	11 – 55
Percepção da Comunicação dos Profissionais de Saúde Oral	15.3	5.3	9 – 45

Verificámos que em relação ao *Locus* de Controlo Externo (LCE) se observa uma baixa externalidade da amostra e em relação ao *Locus* de Controlo Interno (LCI) existe uma alta internalidade.

A percepção das consequências das doenças orais é moderadamente séria. Nota-se uma percepção moderadamente positiva em relação ao profissionalismo. O resultado verificado situa-se no ponto médio da escala. A percepção da comunicação é moderadamente positiva.

### **Impacto das variáveis sócio – demográficas nas crenças individuais de saúde**

#### **Sexo**

Foram realizados testes t para grupos independentes de forma a comparar o LCE, LCI, PCDO, PPPSO e PCPSO entre os sexos. Em relação à PPPSO, a diferença dos resultados para homens ( $M = 23.0$ ,  $SD = 5.5$ ) e mulheres ( $M = 21.9$ ,  $SD = 5.3$ ) é estatisticamente significativa  $t(402) = -2.0$ ,  $p < .05$ . Os homens apresentam níveis de percepção do profissionalismo mais negativos que as mulheres.

## Idade

Foram efectuadas análises *one-way ANOVA* entre grupos etários de forma a explorar o impacto da idade nos níveis de LCE, LCI, PCDO, PPPSO e PCPSO. Os resultados são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 – Crenças individuais de saúde e diferenças entre faixas etárias (n = 404)

Variáveis (variação)	Grupo 1 Dos 18 aos 22 anos	Grupo 2 Dos 23 aos 31 anos	Grupo 3 Maiores que 32 anos	P
<i>Locus</i> de Controlo Externo (6 – 36)	12.4 (4.2) a	12.4 (4.1) a	14.9 (5.5) b	***
<i>Locus</i> de Controlo Interno (6 – 36)	30.2 (4.0)	30.5 (4.7)	31.3 (3.8)	ns
Percepção das Consequências das Doenças Oraís (6 – 30)	12.4 (3.6) a	23.1 (3.4) b	23.6 (3.8) b	*
Percepção do Profissionalismo dos Profissionais de Saúde Oral (11 – 55)	22.7 (5.0)	22.2 (6.2)	21.7 (5.1)	ns
Percepção da Comunicação dos Profissionais de Saúde Oral (9 – 45)	15.4 (4.8)	15.1 (5.9)	15.4 (5.5)	ns

\*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

- Médias que partilham o mesmo “*subscript*” não são significativamente diferentes através da análise do teste de *Tukey HSD*.

Em relação ao *Locus* de Controlo Externo existem diferenças significativas entre os três grupos etários ( $F(2, 401) = 12.1, p < .001$ ). Comparações *Post-hoc* usando o teste *Tukey HSD* indicaram que em relação ao *Locus* de Controlo Externo o resultado médio para os Grupos 1 e 2 foi significativamente diferente do Grupo 3. Pessoas mais velhas apresentam crenças de *Locus* de Controlo Externo mais fortes. No que diz respeito à percepção das consequências das doenças orais existem diferenças significativas ( $F(2, 401) = 5.9, p < .05$ ) entre os grupos etários. Comparações *Post-hoc*

*hoc*, usando o teste *Tukey HSD*, indicaram que o resultado médio para o grupo 1 foi significativamente diferente dos grupos 2 e 3. A percepção das consequências das doenças orais é mais grave nos indivíduos das faixas etárias superiores.

### Nível de escolaridade

Foram efectuadas análises *one-way ANOVA* entre grupos de forma a explorar o impacto dos níveis de escolaridade da amostra nas médias de: LCE, LCI, PCDO, PPPSO e PCPSO. Os resultados são apresentados na tabela 6.

Tabela 6 – Crenças individuais de saúde e diferenças entre nível de escolaridade (n = 404)

Variáveis (variação)	Grupo 1 4ª Classe	Grupo 2 9º ano	Grupo 3 12º ano	Grupo 4 Grau universitário	p
<i>Locus</i> de Controlo Externo (6 – 36)	20.2 (5.9)a	17.1 (5.7) a	12.6 (4.2) b	12.2 (4.0) b	***
<i>Locus</i> de Controlo Interno (6 – 36)	29.2 (4.0)	30.2 (4.1)	30.5 (4.1)	31.5 (4.3)	ns
Percepção das Consequências das Doenças Orais (6 – 30)	22.4 (3.0)	23.6 (3.8)	22.9 (3.6)	23.0 (3.9)	ns
Percepção do Profissionalismo dos Profissionais de Saúde Oral (11 – 55)	23.5 (4.8)	21.4 (5.4)	22.6 (5.2)	21.3 (6.0)	ns
Percepção da Comunicação dos Profissionais de Saúde Oral (9 – 45)	15.7 (3.8)	15.3 (3.8)	15.7 (5.5)	14.2 (5.4)	ns

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

- Médias que partilham o mesmo “*subscript*” não são significativamente diferentes através da análise do teste de *Tukey HSD*.

Foram encontradas diferenças significativas apenas a nível dos resultados LCE: (F (3, 400) = 12.1, p <.001), para os 4 grupos de escolaridade. Comparações *Post – hoc* usando o teste *Tukey HSD* indicaram que em relação ao *Locus* de Controlo Externo o resultado médio para os Grupo 1 e 2 foi significativamente diferente do Grupo 3 e 4. Quanto menor é o nível de escolaridade mais forte é a crença de *Locus* de Controlo Externo.

### 9.3.2 – Caracterização do medo de ir ao “dentista”

A média e o desvio padrão da percepção do medo (PM) foram de 36.5 (dp=15.5), com uma variação entre 17 e 85. A média e desvio padrão da pergunta 28 (Acha que de uma forma geral pode considerar que tem medo de ir ao dentista?) foi de 2.2 (dp=1.3), com uma variação de 1 a 5. Em relação à escala de PM os resultados indicam a presença de medo.

Tabela 7 – Percepção Geral do Medo de Ir ao Dentista (n = 404)

	x	SD
Percepção do medo (17 – 85)	36,5	15,5
Q28 – Acha que de uma forma geral tem medo de ir ao Dentista?	2,17	1,25

Gráfico 1 - Sintomas de medo, perante um tratamento dentário

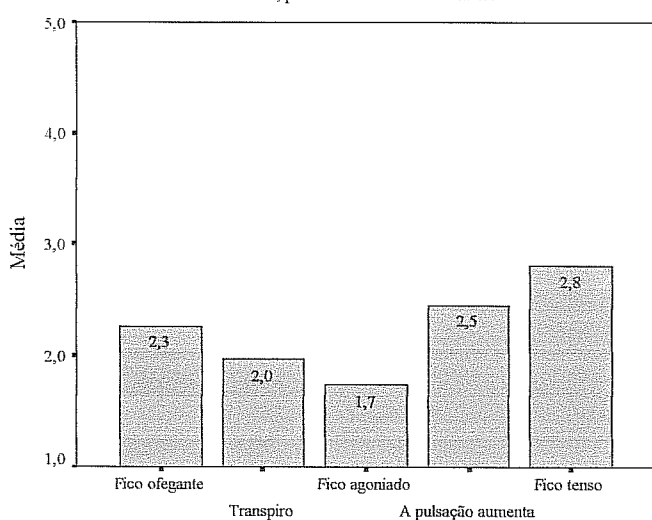
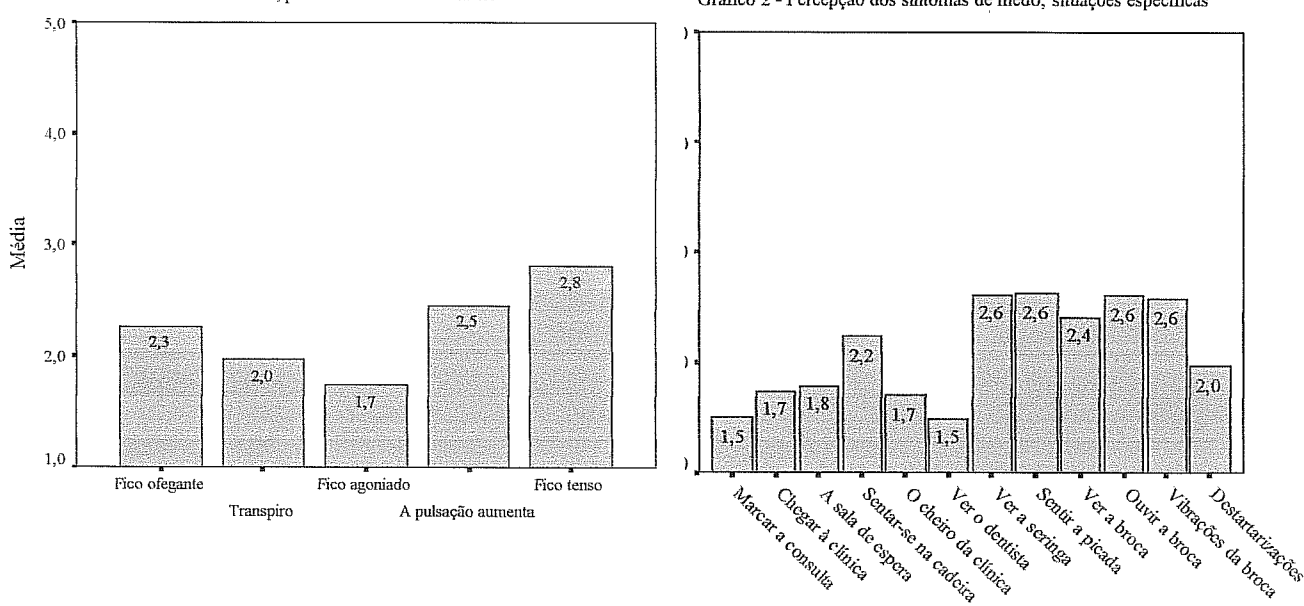


Gráfico 2 - Percepção dos sintomas de medo, situações específicas



No estudo dos objectos e situações que mais medo criam na medicina dentaria, podemos observar no gráfico 4 que os sintomas mais relevantes são a tensão e o aumento da pulsação. Por sua vez, no gráfico 5, as actividades do *setting* terapêutico são aquelas que mais medo criam nos pacientes. A seringa e a anestesia, bem como o uso da broca, são as actividades que maior ansiedade e medo causam.

## Impacto das variáveis sócio – demográficas no medo de ir ao “dentista”.

### Sexo

Foram realizados t-testes para grupos independentes de forma a comparar a PM nos homens e nas mulheres. Existe uma diferença significativa entre homens e mulheres. As mulheres apresentam níveis de medo superiores aos homens  $t(402) = 2.00, p < .05$ .

Tabela 8 – Crenças individuais de saúde e diferenças entre sexos (n = 404)

Variáveis (range)	Mulheres (m/dp)	Homens (m/dp)	t-teste (p)
Percepção do medo (17 - 85)	37.6 (15.6)	34.5 (15.5)	*

\* P < .05

### Idade

Foi efectuada uma análise *one-way ANOVA* entre grupos de forma a explorar o impacto da idade nos níveis de PM. Não existem diferenças significativas entre os três grupos de idade na percepção do medo.

### Nível de escolaridade

Foi efectuada uma análise *one-way ANOVA* entre grupos de forma a explorar o impacto dos níveis de escolaridade da amostra na PM.

Não foram encontradas diferenças significativas na Percepção do medo para os 4 níveis de escolaridade.

### 9.3.3 – Caracterização de hábitos e percepções de saúde oral

Na tabela 9 pode ver-se os resultados da caracterização dos principais hábitos e percepções individuais de saúde analisados no estudo:

Tabela 9 – Caracterização de hábitos e percepções de saúde oral (n = 404)

VARIÁVEL	m	dp	variação
Percepção de Saúde Oral	4.6	1.0	1 – 7
Frequência de Escovagem dos Dentes	2.3	0.8	1 – 4
Frequência do Uso do Fio Dentário	2.7	1.5	1 – 5
Frequência de Idas ao Dentista	2.8	1.1	1 – 5
Frequência de Idas ao Higienista Oral	1.5	0.9	1 - 5

Nesta amostra, os indivíduos apresentam uma boa percepção da sua saúde oral (PSO) situando-se esta percepção nos níveis “Médio e “Bom” da escala. A frequência de escovagem média (FED) é de 2 vezes por dia. Em relação ao uso do fio dentário (UFD) a frequência média do seu uso é baixa, situando-se entre os níveis “nunca” ou “raramente”. Em média, nos últimos dois anos, a frequência de visitas ao Dentista, situa-se no nível “2 a 5 vezes” e entre os níveis “nenhuma” e “ 1 vez” em relação às consultas com um Higienista Oral no mesmo período de tempo.

## Impacto das variáveis sócio – demográficas nos hábitos e percepções de saúde oral.

### Sexo

Foram realizados t-testes para grupos independentes de forma a comparar o PSO, LDCF, FED, UFD, IAD e IAHO nos homens e nas mulheres. Não foram encontradas diferenças significativas.

### Idade

Foram efectuadas análises *one-way ANOVA* entre grupos etários de forma a explorar o impacto da idade nos níveis de o PSO, FED, UFD, IAD e IAHO. Os resultados são apresentados na tabela 10.

Tabela 10 – Hábitos e percepções de saúde oral e diferenças entre faixas etárias (n = 404)

Variáveis (variação)	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	P
	Dos 18 aos 22 anos	Dos 23 aos 31 anos	Maiores que 32 anos	
Visitas ao Higienista Oral (1 – 5)	1.4 (0.8)	1.5 (1.0)	1.5 (0.8)	Ns
Idas ao Dentista (1 – 5)	2.7 (1.1)	2.9 (1.2)	2.8 (.09)	Ns
Uso do Fio Dentário (1 – 5)	2.4 (1.3) a	2.9 (1.2) b	2.9 (1.5) b	***
Frequência da Escovagem dos dentes (1 – 4)	2.4 (0.8)	2.4 (0.8)	2.2 (0.7)	Ns
Percepção de Saúde Oral (1 – 7)	4.7 (1.0) a	4.9 (0.9) a	4.3 (1.1) b	***

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

\* Médias que partilham o mesmo “*subscript*” não são significativamente diferentes através da análise do teste de Tukey HSD.

Existem diferenças significativas a nível do UFD: ( $F(2, 401) = 7.02, p < .001$ ) entre os três grupos etários. Comparações *Post - hoc* usando o teste *Tukey HSD* indicaram que em relação ao UFD o resultado médio para o Grupo 1 foi significativamente diferente do Grupo 2 e do Grupo 3. Os resultados demonstram que a frequência do uso do fio dentário aumenta com a idade. Também existem diferenças significativas a nível do PSO: ( $F(2, 401) = 11.40, p = .001$ ) entre os três grupos etários. Comparações *Post - hoc*, usando o teste *Tukey*, indicaram que o resultado médio para os Grupos 1 e 2 foi significativamente diferente do Grupo 3. Os resultados demonstram que com o aumento da idade, os indivíduos vão tendo uma pior percepção da sua saúde oral.

### Nível de escolaridade

Foram efectuadas análises *one-way ANOVA* entre grupos de forma a explorar o impacto dos níveis de escolaridade da amostra nas médias de PSO, FED, UFD, IAD e IAHO. Podemos ver os resultados na tabela 11.

Tabela 11 – Hábitos e percepções de saúde oral e diferenças entre nível de escolaridade (n = 404)

Variáveis (variação)	Grupo 1 4ª Classe	Grupo 2 9º ano	Grupo 3 12º ano	Grupo 4 Grau universitário	p
Visitas ao Higiениста Oral (1 – 5)	1.4 (0.7) ab	1.9 (1.1) a	1.4 (0.9) b	1.4 (0.8) b	*
Idas ao Dentista (1 – 5)	2.6 (0.9)	3.0 (1.1)	2.7 (1.1)	2.9 (1.0)	Ns
Uso do Fio Dentário (1 – 5)	1.8 (1.5) a	2.7 (1.0) ab	2.6 (1.4) a	3.3 (1.4) b	***
Frequência da Escovagem dos dentes (1 – 4)	1.9 (0.7)a	2.0 (0.7)a	2.4 (0.8)a	2.4 (0.9)a	***
Percepção de Saúde Oral (1 – 7)	3.9 (1.2) a	4.1 (1.2) a	4.6 (0.9) b	4.9 (1.0) b	***

\* p<.05 \*\* p<.01 \*\*\* p<.001

- Médias que partilham o mesmo "subscript" não são significativamente diferentes através da análise do teste de *Tukey HSD*.

Em relação às visitas ao Higienista oral, existem diferenças significativas ( $F(3,400) = 3,3$ ,  $p < .05$ ) entre os níveis de escolaridade. Comparações *Post – hoc* usando o teste *Tukey HSD*, indicaram que em relação ao IAHO o resultado médio para o Grupo 2 foi significativamente diferente do Grupo 3 e do Grupo 4. O grupo com o 9º ano é o que frequenta mais as consultas com os higienistas orais.

Em relação ao uso do fio dentário existem diferenças significativas ( $F(3,400) = 7,9$ ,  $p < .001$ ) entre os níveis de escolaridade. Comparações *Post – hoc* usando o teste *Tukey HSD* indicaram que em relação ao UFD o resultado médio para o Grupo 4 foi significativamente diferente do Grupo 3 e do Grupo 1. O uso do fio dentário é superior nos grupos com maior nível acadêmico.

Na frequência da escovagem dos dentes existem diferenças significativas entre os níveis de escolaridade ( $F(3,400) = 3,7$ ,  $p < .001$ ). No entanto, as comparações *Post – hoc* usando o teste *Tukey HSD* não discriminaram o tipo de diferenças entre grupos em relação à escovagem dos dentes.

Na percepção da saúde oral (PSO) existem diferenças significativas entre os níveis de escolaridade ( $F(3,400) = 7,7$ ,  $p < .001$ ). As Comparações *Post – hoc* usando o teste *Tukey HSD* indicaram que o resultado médio dos Grupos 1 e 2 foi significativamente diferente dos Grupos 3 e 4. A percepção de saúde oral é mais positiva à medida que o nível acadêmico aumenta.

**9.4 – OBJECTIVO 2 – Investigar possíveis relações entre: o medo, as crenças individuais de saúde, comportamentos e percepções de saúde oral, no sentido de identificar possíveis preditores dos comportamentos de saúde oral.**

As correlações entre as crenças individuais de saúde (*Locus* de Controlo Interno (LCI), *Locus* de Controlo Externo (LCE), Percepção de Medo (PM), Percepção das Consequências das Doenças Orais (PCDO), Percepção do Profissionalismo dos Profissionais de Saúde Oral (PPPSO) e Percepção da Comunicação dos Profissionais de Saúde Oral (PCPSO); hábitos (Frequência de Escovagem (FED), Uso do Fio Dentário (UFD), Idas ao Dentista (IAD) e Idas ao Higienista Oral (IAHO); Percepção da Saúde Oral (PSO) e Percepção de Medo (PM) são apresentadas no anexo 8.

Em relação aos possíveis preditores dos comportamentos de saúde oral foi realizada uma análise de regressão utilizando o método *enter*. Os resultados são apresentados na tabela 12.

Tabela 12 – Contribuições das variáveis para os comportamentos de saúde oral.

Variáveis dependentes	Variável Independente	R <sup>2</sup>	Beta	Sig.
Uso do fio dentário	<i>Locus</i> de controlo interno	5%	.16	.001
	<i>Locus</i> de controlo externo	2%	-.17	.001
	Percepção da comunicação dos profissionais de saúde oral	4%	-.19	.001
Frequência da escovagem dos dentes	<i>Locus</i> de controlo externo	4%	-.16	.001
	Percepção da saúde oral	1%	.15	.001
Procura de cuidados	Percepção do medo	4%	-.17	.001
	Consequências das doenças orais	1%	.14	.001
	Percepção da comunicação da comunicação dos profissionais de saúde oral	1%	-.12	.001

Verifica-se que o *Locus* de Controlo Interno contribui com 5% da variância para a explicação do uso do fio dentário, para a mesma variável dependente (uso do fio dentário) o *Locus* de Controlo Externo contribui com 2% e a Percepção da Comunicação com 4% (tabela 12). Indivíduos com Locus de Controlo Interno utilizam mais o fio dentário, e em indivíduos com crenças mais fortes de controlo externo a frequência do uso de fio dentário é menor. A percepção da comunicação está associada ao aumento da frequência do uso de fio dentário.

Em relação à frequência da escovagem dos dentes verifica-se que o *locus* de controlo externo contribui 4% para predizer esta variável e a percepção da saúde oral contribui 1% (tabela 12). O *locus* de controlo externo está negativamente associado à frequência de escovagem. Indivíduos mais “externos” têm menos tendência para a escovagem dos dentes. Por sua vez, quanto mais positiva é a percepção de saúde oral, maior é a frequência de escovagem.

Para a Procura de Cuidados de Saúde (Idas ao Dentista e Higienista Oral) a percepção do medo contribui com 4% para predizer a variável dependente, a percepção das consequências contribui com 1% e a percepção da comunicação dos profissionais de saúde oral contribui com 1%, como se pode observar na tabela 12. Quanto maior é o medo, menor é a procura dos cuidados. Por sua vez, quanto mais grave é a percepção das consequências das doenças orais, maior é a procura de ajuda profissional. A percepção da comunicação está positivamente associada à procura de ajuda profissional.

**9.5 – OBJECTIVO 3 – Investigar em que medida a comunicação pode ser um mediador entre a percepção de profissionalismo dos profissionais de saúde oral e o medo.**

#### **A contribuição da PPPSO e da PCPSO na PM**

De forma a explorar as contribuições que as variáveis PPPSO (Percepção de Profissionalismo dos Profissionais de Saúde Oral) e PCPSO (Percepção da Comunicação dos Profissionais de Saúde Oral) podem ter na explicação dos níveis de medo, foi realizada uma análise de regressão utilizando o método *enter*, no sentido de testar uma possível mediação da variável comunicação na relação entre a percepção de profissionalismo e o medo. Segundo Baron & Kenny (1986) para se testar um caso de mediação, devem ser feitas três equações:

1. regressão do possível mediador com a variável independente
2. regressão da variável dependente com uma variável independente
3. regressão da variável dependente em ambas, na variável independente e no possível mediador.

Ainda segundo estes autores, para se estabelecer uma mediação as seguintes condições devem ter sido satisfeitas:

1. a variável independente deve afectar o mediador na primeira equação
2. a variável independente deve afectar a variável dependente na segunda equação
3. o mediador deve afectar a variável dependente na terceira equação. Se estas condições nos conduzirem na direcção desejada, então o efeito da variável independente deve ser menor na terceira equação do que na segunda. Uma mediação perfeita é aquela em que a variável independente não tem efeito se o mediador está controlado.

Os resultados estão ilustrados na tabela 13.

Tabela 13 – Contribuições do Profissionalismo e da Comunicação para o Medo.

Variáveis Independentes	Variáveis Dependentes	R <sup>2</sup>	Beta	Sig.
Percepção da Comunicação dos Profissionais de Saúde Oral	Percepção do Profissionalismo dos Profissionais de Saúde Oral	36%	.58	.000
Percepção do Profissionalismo dos Profissionais de Saúde Oral	Percepção do Medo	8%	.23	.000
Percepção do Profissionalismo dos Profissionais de Saúde Oral		----	----	----
Percepção da Comunicação dos Profissionais de Saúde Oral	Percepção do Medo	17%	.44	.000

Verifica-se que o PPCSO contribui com 36% da variância na explicação (1ª equação) da PPPSO. Por sua vez, o PPPSO (2ª equação) apenas explica 8% da variância da PM. Quando se avalia a PPPSO e PCPSO como preditores da PM, verifica-se que a variável Comunicação contribui para predizer a PM e que a variável Profissionalismo deixa de ser significativa (3ª equação). Constata-se assim que de acordo com o teste de mediação que a variável PCPSO é um mediador da relação entre o Profissionalismo e a Percepção de Medo.

## 9.6 – RESUMO DOS RESULTADOS

Os resumos dos resultados principais do presente estudo são apresentados na tabela 14.

Tabela 14 – Resumo dos resultados

Crenças individuais de saúde oral	<i>Locus</i> de Controlo Externo	As pessoas mais velhas são mais “externas”, bem como as de menor nível sócio-económico
	<i>Locus</i> de Controlo Interno	Os mais novos e os indivíduos com maiores habilitações têm características mais “internas”
	Percepção das doenças orais é séria	
	Percepção moderadamente positiva em relação ao profissionalismo dos profissionais de saúde oral Percepção moderadamente positiva em relação à comunicação dos profissionais de saúde oral	Os homens têm uma opinião mais negativa em relação aos profissionais de saúde
Medo	A maioria das pessoas sente medo quando vai ao dentista	17% sentem muito medo sempre que vão ao dentista As mulheres sentem mais medo que os homens
Comportamentos de saúde oral	A percepção da saúde oral é positiva	Quanto maior é o nível académico, melhor é a percepção da saúde oral
	A frequência média de escovagem é de 2 vezes por dia	Os indivíduos com características de LC “externas” escovam menos os dentes. À medida que a escolaridade aumenta, aumenta a frequência de escovagem
	Usam o fio dentário raramente	Quanto maior é a idade, mais fio se usa. Os indivíduos com características de LC “internas” tendem a usar mais o fio dentário
	Visitas ao dentista: 2 a 5 vezes por ano Visitas ao higienista: entre nenhuma e uma vez	Quanto mais positiva é a percepção da comunicação, maior é a probabilidade de adesão ao fio dentário
Mediadores	A comunicação é um mediador entre o profissionalismo e o medo	Quanto melhor é a percepção da comunicação, menor é o nível de medo dos pacientes

---

# 10

## DISCUSSÃO

---

A primeira parte da discussão dos resultados será apresentada em função dos objectivos da investigação. A segunda parte abordará as limitações desta investigação e na terceira parte serão apresentadas as conclusões finais bem como directrizes para futuros trabalhos.

### **10.1 – OBJECTIVO 1 – Caracterização dos hábitos e percepções de saúde oral, das crenças individuais de saúde e do medo de ir ao “dentista”.**

#### **Crenças individuais de saúde**

A amostra estudada apresenta uma média de idade de 30 anos e um nível de escolaridade que é predominantemente constituído por indivíduos com o 12º ano completo. De uma forma geral, neste nível etário e neste estrato educacional os valores e as atitudes de saúde costumam ser positivos (Almeida, 1997). Este facto não fugiu à regra nos resultados obtidos neste estudo. Ao analisarmos a percepção das consequências das doenças orais, podemos observar que este tipo de doenças são vistas como tendo consequências moderadamente sérias para o indivíduo. Este resultado vai ao encontro da tendência actual de valorizar o impacto da saúde oral na qualidade de vida dos indivíduos (Nutall e col., 2001; Mc Grath e col., 2001).

Não encontramos dados nacionais para que possamos comparar estes resultados. No entanto, os resultados do último rastreio nacional sobre saúde oral do adulto em Inglaterra (*The National Survey of Adult Dental Health* – 1998, referido por Bradnock e col. 2001) indicam que, o nível de consciência sobre a importância da saúde, no dia a dia do indivíduo, é superior aos rastreios anteriores. Por outro lado, também poderemos dizer que se esperaria, ou pelo menos não surpreende que a percepção das consequências das doenças orais é mais grave nos indivíduos mais velhos. Segundo os dados observados no rastreio Inglês (*The National Survey of Adult Dental Health* - 1998) por Nutall e col. 2001) uma percentagem importante de adultos refere que a sua qualidade de vida foi afectada pela sua saúde oral.

No presente estudo, a média da percepção dos níveis de saúde oral encontra-se entre os valores de resposta “médio e “bom”. Esta percepção da saúde oral está positivamente relacionada com a idade e negativamente com o nível académico. Segundo Almeida (1997) os níveis socioeconómicos e a idade são determinantes importantes para a saúde oral.

Ao analisarmos as crenças de *locus* de controlo, observou-se que a maioria dos indivíduos apresentavam características internas em relação a este constructo. Comparando estes resultados com os de Borkowska e col. (1998) em que o nível de internalidade é também o predominante, eles justificam esta tendência pelo facto de os indivíduos “internos” levarem mais a sério a sua saúde oral e desta forma estarem mais disponíveis para participar em estudos relacionados com a saúde e praticar comportamentos de manutenção de saúde oral.

Ainda dentro do primeiro objectivo será importante realçar os níveis da percepção da ética/profissionalismo e da comunicação dos profissionais de saúde oral. Os valores encontrados neste estudo indicam que a percepção do profissionalismo e da

comunicação não está bem definido pelos indivíduos, apesar de apresentar valores positivos. Estes resultados reflectem a importância da relação entre pacientes e profissionais de saúde e o impacto que essa relação tem nos resultados dos tratamentos e na relação futura com a saúde oral. A maior parte dos profissionais quer que as relações com os pacientes sejam positivas, no entanto, comparando com o estudo de Gale e col. (1984) podemos verificar que a interacção entre profissionais e pacientes é mínima. Normalmente, os dentistas e outros profissionais de saúde são julgados pelos seus comportamentos “interactivos” e “não interactivos”. A grande diferença está associada com a avaliação por parte do paciente das qualidades pessoais do profissional de saúde. Quando os profissionais são percebidos de uma forma relativamente indiferente, sem serem hostis, mas sim neutros, eles são classificados mais negativamente do que quando interagem com os pacientes. Segundo Freeman (b) (1999) o comportamento “afectivo” está mais significativamente ligado à satisfação dos pacientes do que ao julgamento sobre as competências técnicas dos profissionais.

### **Medo**

De acordo com a literatura, o medo é uma das variáveis psicológicas que mais pode afectar a saúde oral e existe um leque de factores que podem influenciar o medo que temos de ir ao dentista (Berggren e col. 1984; Schuurs e col., 1993; Weinstein e col., 1988). Quando analisamos os resultados da caracterização do *medo* nesta amostra, confirmou-se a presença de valores significativamente positivos em relação a esta variável emocional. Em termos globais a média de medo é baixa. No entanto, a outro nível de análise, a média global é semelhante aos resultados encontrados na bibliografia consultada. Quando comparamos os dados referentes a este estudo com investigações prévias (Berggren 1993; Berggren e col., 1984; Kleinknecht e col.,

1978; Klepac 1988; Milgrom e col., 1988; Scott e col., 1982) poderemos constatar que a incidência de *medo* é alta. Não existem dados de estudos nacionais com os quais possamos fazer comparações. No entanto, se repararmos num estudo efectuado nos EUA por Kleinknecht e col. em 1984, podemos constatar que, nesse estudo, 57% dos inquiridos sentiu *medo* de ir ao dentista pelo menos uma ou duas vezes na vida, e que 17,5% relataram que sentem  *muito medo* sempre que vão ao dentista. Há neste último valor uma semelhança com os resultados encontrados no nosso estudo, onde 17% dos indivíduos referem sentir  *muito medo* sempre que vão tratar os dentes (anexo 6). Importa referir que na literatura da saúde oral, os autores consideram esta percentagem alta por traduzir uma importante proporção da população que têm níveis de medo muito elevados. É de notar a distância no tempo entre este estudo e o nosso e os níveis semelhantes de medo. Em estudos mais recentes, efectuados nos EUA, os níveis de medo referidos são: 50% dos indivíduos indica sentir  *medo* pelo menos uma ou duas vezes quando vão ao dentista e 7% sentem  *muito medo* sempre que vão ao dentista (Milgrom e col., 1992). Do nosso ponto de vista, esta diminuição dos níveis de medo em países como os EUA e Inglaterra devem-se a 20 anos de estudos e investigações nesta área, o que poderá ter contribuído para uma melhor educação e prática de saúde oral. Em Portugal, essa investigação e aposta no conhecimento dos níveis de *medo* da população tem sido pouco desenvolvida.

Os resultados desta investigação demonstraram que o *medo* está principalmente associado com o setting terapêutico. A broca e a seringa continuam a ser os objectos mais responsáveis por criar ansiedade e medo, na maioria dos estudos revistos (Berggren 1993; Berggren e col., 1984; Kleinknecht e col., 1978; Klepac 1988; Milgrom e col., 1988; Scott e col., 1982). O medo provocado por elementos associados ao tratamento dentário é também descrito por diversos autores. Na maior

parte dos estudos analisados e também neste, o nível de medo aumenta à medida que se aproxima o tratamento propriamente dito. Este é um exemplo do conceito *approach-avoidance* de Lewin (1931) descrito por Milgrom e col. (1995). Um conflito de *approach-avoidance* existe quando uma pessoa tem duas tendências competitivas com respeito a uma única acção. Quer isto dizer, que um indivíduo pode querer muito atingir um objectivo, mas ao mesmo tempo quer evitá-lo. Como exemplo, podemos observar que nos nossos resultados (gráfico 2) longe de ser uma situação ameaçadora, está a marcação de consultas. Vamos notando que os níveis de medo aumentam à medida que o setting terapêutico se aproxima. O ranking de medo vai-se assim alterando no sentido crescente, desde o chegar á clinica, o cheiro da clinica, a sala de espera, sentar-se na cadeira e o tratamento propriamente dito. Segundo Milgrom e col. (1995) os rankings relativos a estas situações promotoras de medo mantêm-se, independentemente da pessoa ter ou não ter medo de ir ao dentista.

Apesar destas informações e rankings serem importantes para perceber o problema do “medo de ir ao dentista”, não se pode assumir que o problema “medo” é igual para todos os pacientes (Litt e col., 1999). Cada paciente deve ser avaliado individualmente em função do seu próprio medo.

Neste sentido, é interessante olhar para as diferenças de *medo* entre sexos. As mulheres apresentam níveis de medo superiores aos homens, facto que é similar com outros resultados anteriores (Berggren, 1993; Milgrom e col., 1995). Estes autores referem que, as diferenças são normalmente pequenas, ao ponto de não se poder predizer que o medo é maior apenas por se pertencer a um dos sexos. Neste estudo e à semelhança do que tem sido descrito, a diferença também foi pequena.

No presente estudo não se verificou nenhuma associação entre *locus* de controlo e o medo. Este resultado é semelhante ao encontrado por Poulton (2002) numa meta-

análise efectuada sobre a revisão de estudos retrospectivos e longitudinais acerca do medo perante os tratamentos. Será no entanto interessante referir, que um estudo efectuado por Neverlien (1988) com jovens com a idade média de 13 anos, uma população não abrangida na nossa investigação, os resultados mostraram uma correlação significativa nos indivíduos que apresentavam características “externas” ao nível do locus de controlo, e níveis de medo mais altos perante as consultas de medicina dentária. Segundo alguns autores, a adolescência é um período de risco para o aparecimento do medo de ir ao dentista (Milgrom e col. 1995). Esta vulnerabilidade pode estar relacionada com a relação do Locus de Controlo Externo e o *medo*. Como para os indivíduos *externos* o controlo vem de fora, numa situação de transição de modos de vida, a falta de confiança pode levar a índices superiores de medo. Concluiu-se neste estudo, que intervenções precoces para diminuir a ansiedade perante as consultas dentárias, ajudam a modificar o medo futuro perante as consultas. Estudar a relação do Locus de Controlo nesta faixa etária, de forma a desenvolver este objectivo é importante para futuras investigações.

Outro factor que parece estar associado ao medo de ir ao dentista é a percepção das consequências das doenças orais (anexo 7). Este resultado está de acordo com os resultados de Abrahamsson e col. (2001) em que as pessoas com maior índices de medo apresentam correlações significativamente elevadas com a percepção das consequências das doenças orais. Os indivíduos com níveis elevados de medo perante os tratamentos dentários tinham tendência para percepcionar a deterioração da sua dentição de forma exagerada, por estarem extremamente focados no seu medo.

## Comportamentos de saúde oral

Em média, nos últimos dois anos, a frequência de visitas ao Dentista, situa-se no nível “2 a 5 vezes” e entre os níveis “nenhuma” e “1 vez” em relação às consultas com um Higienista Oral no mesmo período de tempo. Por outro lado, 14% dos indivíduos não foram ao dentista nos últimos dois anos (anexo 5). Segundo o Instituto Nacional de saúde (INS) 15,2% da população nunca foi ao dentista. Os nossos resultados, à semelhança dos observados pelo INS, mostram uma baixa prevalência deste comportamento, o que indica a necessidade de promover este comportamento junto da população geral. Para Almeida (2001) há ainda um campo muito vasto aberto à promoção da saúde oral, tendo em vista o crescimento significativo da prevalência de comportamentos, nomeadamente: a escovagem diária dos dentes e as visitas regulares ao dentista.

Em média, os indivíduos desta amostra escovam os dentes 2 vezes por dia. Na área da escovagem, os valores não surpreendem, bem como não surpreende a relação positiva entre o nível académico e a frequência de escovagem, o que vai ao encontro dos resultados registados por Almeida (2001).

Quando observamos cuidados de saúde oral mais específicos (uso do fio dentário e consultas com o higienista oral) os resultados já não são tão positivos. A grande maioria dos inquiridos continua a não usar o fio dentário com regularidade, o valor médio dos resultados indica que a maioria dos inquiridos raramente usa o fio dentário. Nota-se um aumento estatisticamente significativo do uso do fio dentário com a idade, embora seja um aumento muito ligeiro. O nível de escolaridade está igualmente associado de forma positiva, a este método de controlo da placa bacteriana. Comparado com o uso de escova de dentes, o uso do fio dentário é universalmente baixo. Um estudo de 1998 indica que em Inglaterra cerca de 8% dos

indivíduos usam o fio dentário diariamente (Macgregor e col., 1998). Ainda segundo este autor, os 22% de utilizadores diários de fio dentário no Canadá e os 27% na Noruega, são os valores mais elevados encontrados na literatura. Podemos assim constatar que este método de remoção de placa bacteriana é ainda pouco aceite em Portugal. Se tivermos em conta a importância que o fio dentário tem para o controlo da cárie a nível interproximal, umas das zonas de maior incidência da cárie nos adultos, este é um campo que em termos educacionais e promocionais deve ser incrementado.

No que diz respeito às consultas regulares com o higienista oral, os resultados demonstram que a maioria dos participantes nunca consultou este tipo de profissional. Não existem dados comparativos nacionais sobre a frequência nacional de consultas com o higienista oral. Nos EUA, a frequência ronda os 90% (Milgrom e col., 1995). O facto desta profissão ser recente em Portugal, não ser suficientemente conhecida e associada ao facto do número destes profissionais ser ainda diminuto, pode ser a razão deste resultado. No entanto, e em virtude da importância que estes profissionais de saúde, em equipa com o médico dentista, têm na educação e promoção da saúde oral, a sua importante acção deve ser divulgada e mais escolas de higienistas orais deveriam ser criadas em Portugal.

**10.2 – OBJECTIVO 2 – Investigar possíveis relações entre: o medo, crenças individuais de saúde, hábitos e percepções de saúde oral no sentido de identificar possíveis preditores dos comportamentos de saúde oral.**

A adopção de comportamentos saudáveis que nos conduzam à melhoria e à manutenção da saúde é o centro das estratégias de promoção da saúde (Ribeiro, 1998).

A investigação das correlações das diferentes variáveis permitiu-nos observar que existem relações entre muitos factores que são por vezes ignorados pelos profissionais, não por serem desconhecidos, mas por serem tão óbvios que não são valorizados. Como em muitos estudos comportamentais, as correlações encontradas foram relativamente baixas, mesmo quando se verifica significância estatística. Este facto, segundo Borkowska e col. (1998) indica o quanto é difícil encontrar preditores significativos na área dos comportamentos preventivos de saúde oral (frequência do uso do fio dentário e escovagem dos dentes). No entanto, este estudo, à semelhança de outros referidos anteriormente (Borkowska e col., 1998; Galgut e col., 1987; Kneckt e col., 1999; Ödman e col., 1984) providenciou informações sobre como o conhecimento de certas características comportamentais podem estar relacionadas com a melhoria dos níveis de saúde oral.

Partindo das correlações encontradas, efectuamos uma análise de regressão no sentido de identificar os preditores dos comportamentos de saúde oral: uso do fio dentário, frequência de escovagem e procura de cuidados profissionais em saúde oral. Os resultados demonstraram, que apesar das percentagens de variância explicada serem baixas, como se esperava, elas vão ao encontro dos resultados descritos.

Ao analisarmos os resultados verificados para predizer o uso do fio dentário, observamos a importância que a variável locus de controlo pode ter neste contexto.

A associação da variável locus de controlo com estas actividades preventivas é um resultado interessante neste estudo. É conhecido que os indivíduos com níveis de locus de controlo interno mais elevados, ou seja, com a crença de que a saúde oral pode ser controlada por eles, referem praticar comportamentos preventivos tais como a escovagem e o uso do fio dentário (Borkowska e col. 1998; Keneckt e col. 1999; Kent e col. 1984). Estes resultados são semelhantes aos encontrados por nós. Na nossa investigação, a característica interna de locus de controlo mostra relações significativamente positivas com o uso do fio dentário. Enquanto que por sua vez, a característica externa de locus de controlo mostra relações significativamente negativas com o uso do fio dentário e com a frequência de escovagem, á semelhança do estudo de Bagley e col. (2000).

O presente estudo parece assim indicar que a dimensão comportamental de locus de controlo está relacionada com a adesão a comportamentos de saúde oral. Estes resultados podem ter algumas implicações práticas para a saúde oral. De acordo com Kent (1984) nas intervenções preventivas a nível da saúde oral, os participantes são tradicionalmente considerados semelhantes e os mesmos objectivos educacionais e motivacionais são utilizados sem grandes alterações de indivíduo para indivíduo. Exemplos encontrados na literatura indicam que para pacientes diferentes deverão ser encontradas diferentes formas de ver a utilidade das medidas preventivas (Freeman (c) 1999). Ainda segundo Kent (1984) um exemplo clínico que podemos depreender destas constatações é aquele em que, apesar de indivíduos com crenças de tipo interno e externo beneficiarem das aplicações de selantes de fissura, os pacientes com crenças de locus de controlo mais *externas* têm uma maior dificuldade

em acreditar e implementar medidas que visam controlar a sua saúde em casa, através do uso regular da escova e de dentífricos fluoretados. Para os indivíduos com um locus de controlo *interno* o formato de uma estratégia educacional para adesão às medidas preventivas (dieta, escovagem, fio, flúor, etc.) pode ser usado com maior eficácia. Conclui-se assim que, em indivíduos com crenças mais fortes de carácter externo, o papel dos profissionais é de maior responsabilidade. Nestes, as consultas de controlo devem ser menos espaçadas, de forma a poderem ser mais controlados. Para Kent e col. (1984) a introdução de um pequeno questionário que permitisse obter resultados sobre a internalidade ou externalidade, específica para a saúde oral, poderia ajudar os médicos dentistas e higienistas orais a planear estratégias terapêuticas e preventivas personalizadas.

Constatou-se ainda neste estudo, que um dos preditores para o uso do fio dentário é a comunicação dos profissionais de saúde oral (tabela 12). Como já foi referido anteriormente por Kvale e col. (2001) a percepção negativa que os pacientes têm da capacidade de comunicar por parte dos profissionais de saúde oral, pode ser uma razão para a não adesão aos tratamentos e consequentes comportamentos preventivos e de manutenção.

Este facto, além de provar a grande importância que a qualidade da forma como comunicamos tem na relação paciente/profissional, vai também ao encontro do que muito se publicou nesta área.

Para Weinstein e col. (1991) a comunicação é um factor crítico. Os profissionais de saúde oral, devem ter o máximo cuidado ao tentarem implementar medidas preventivas (nomeadamente de cárie dentária e de controlo da saúde periodontal). Se por um lado muitos médicos dentistas e higienistas orais planeiam implementar medidas preventivas ou de manutenção, a maior parte desconhece que a forma

“*como*” o estão a fazer é mais importante “*do que*” o que estão a executar. O “*como*” da interacção paciente/profissional de saúde é definido como um processo de comunicação. Os modelos de comunicação que incluem, profissionais formais e pouco flexíveis, controladores, que discordam sucessivamente das opiniões dos pacientes, manipuladores do tempo de conversa, e que não providenciem feedback, estão sujeitos ao fracasso (Weinstein e col. 1991).

Esta relação entre a comunicação e a adesão aos tratamentos é referida por Kurtz e col. (1998) como sendo fundamental. Segundo estes autores, os pacientes não aderem aos tratamentos e às terapêuticas em 50% dos casos. Esta não adesão acarreta gastos enormes para a despesa pública e para o indivíduo. Os dados sobre a não adesão aos tratamentos incluem: visitas ao médico desnecessárias, testes laboratoriais, medicação adicional, hospitalizações forçadas, perda de produtividade e morte prematura. No Canadá gasta-se cerca de 7 a 9 biliões de dólares Canadianos e cerca de 100 biliões de dólares nos EUA (Kurtz e col. 1995) em virtude deste factor. A não adesão aos tratamentos está significativamente ligada com a deficiente comunicação entre profissionais de saúde e os pacientes. Para Milgrom e col. (1995) investir na qualidade da comunicação entre médicos e pacientes é a forma mais válida de produzir consultas mais eficazes quer para os pacientes, quer para os profissionais. O uso apropriado das competências comunicativas possibilita aos profissionais de saúde atingir os objectivos que são essenciais para os tratamentos (Kurtz e col. 1995). Apesar dos conhecimentos de saúde serem fundamentais, sem os níveis adequados de competência na área da comunicação, os profissionais não vão ser capazes de compreender os problemas, ou as razões, que trouxeram os pacientes às consultas; obter de modo exacto os dados para a história clínica; criar um plano de

tratamento articulado com o paciente, de forma a promover a adesão e sustentar uma relação que ajude a reduzir conflitos entre profissionais e pacientes.

Em relação aos preditores da escovagem dos dentes, verificou-se uma relação negativa entre a frequência da escovagem dos dentes e a característica externa de locus de controlo. Este resultado é corroborado por outros autores que verificaram que os indivíduos com características “externas” parecem menos capazes de acreditar que as actividades preventivas influenciam a doença (Bagley e col., 2000; Galgut e col., 1987; Norman e col., 1995).

A percepção da saúde oral é outro preditor dos comportamentos de saúde oral. Bradnock e col. (2001) referem que a importância que é dada à saúde oral têm aumentado nos últimos anos. Em função disso, os níveis de doença têm vindo a baixar nos países ocidentais, e com eles têm aumentado as práticas preventivas (principalmente a escovagem). Este autor refere também, que os agentes comerciais e as campanhas publicitárias (marcas de produtos de higiene oral) são em grande parte responsáveis pela importância que se dá actualmente à saúde e à higiene oral, nos países ditos desenvolvidos.

Em relação à variável cuidados de saúde oral, que engloba as visitas ao dentista e ao higienista oral, verificou-se que um dos preditores destes comportamentos é o medo. Quanto maior o medo, menor é a procura de cuidados de saúde oral. Este resultado é suportado por diversos estudos (Berggren, 1993; Berggren e col., 1984; Kleinknecht e col., 1978; Klepac, 1988; Milgrom, e col., 1988; Scott e col., 1982) onde se refere que o medo de ir ao dentista é uma das principais razões de afastamento das pessoas dos consultórios dentários. Desta forma, e como já foi referido nesta discussão, é de realçar a grande importância da detecção precoce e da forma de interagir com esta variável.

A relação positiva da percepção das consequências das doenças orais como preditor da procura de cuidados de saúde oral não nos surpreende, pois os indivíduos que percepcionem de uma forma mais grave os problemas orais são mais susceptíveis de procurar ajuda perante os profissionais de saúde. Actualmente, existe uma tendência para as pessoas se preocuparem mais com a sua saúde oral. Naqueles onde essa preocupação é mais evidente, existem fortes indicações que os adultos desejam manter os seus dentes naturais ao longo da vida e estão mais disponíveis para ouvir e seguir os conselhos dos profissionais (Bradnock e col. 2001).

A comunicação, está negativamente associada com a procura destes cuidados, ou seja, se a percepção da comunicação for fraca, a procura de cuidados por parte das pessoas diminui. A importância da comunicação, neste contexto, já aqui foi largamente referida. No entanto, achamos ser importante salientar que aplicação de uma abordagem bio-psicosocial numa consulta de saúde oral, pode ajudar os Dentistas e Higienistas Orais a entender que o tratamento dentário não é um trabalho de uma só pessoa que trabalha na boca da outra, mas é um esforço de duas pessoas em função de um objectivo comum de saúde (Freeman (d) 1999).

### **10.3 – OBJECTIVO 3 – Investigar em que medida a comunicação pode ser um mediador entre a percepção de profissionalismo dos profissionais de saúde oral e o medo.**

Os resultados do presente estudo indicam que a comunicação serve de mediador entre o profissionalismo e o medo. A percepção da comunicação e do profissionalismo estão positivamente correlacionadas com o medo. Estes resultados são consistentes com investigações anteriores (Skaret, 1998; Kvale, 2001) que demonstraram que a atenção dada ao “diálogo interactivo” entre profissionais e pacientes merece ser estudado com mais profundidade, de forma a perceber a sua interacção com a ansiedade demonstrada perante os tratamentos dentários. A relação entre a percepção que os pacientes têm do profissionalismo e da capacidade de comunicar dos profissionais de saúde e a sua ansiedade, vai ter impacto nos resultados da relação e consequentemente no tratamento (Kvale, 2001).

Os nossos resultados parecem indicar que o comportamento do profissional de saúde oral é uma fonte preditora de medo. Em alguns casos, o medo pode resultar das acções e comentários negativos do profissional (Skaret, 1998). Noutros casos, segundo Berggren (1984) pode resultar da tendência que os pacientes podem ter para extrapolar ou fazer más interpretações das atitudes ou acções dos profissionais. No entanto, em ambas as situações, o profissional de saúde oral deve assumir a responsabilidade de efectuar uma comunicação positiva e tomar precauções para evitar mal-entendidos causados pelas suas palavras ou comportamentos. Segundo o mesmo autor, é importante realçar o facto de que os pacientes com maiores índices de medo e que evitam os tratamentos dentários até às últimas consequências sofrem, provavelmente, de uma adiantada destruição dentária que os prejudica na interacção com outras pessoas. Essas pessoas incluem: família, colegas e, entre outros,

profissionais de saúde. Desta forma, o apoio social destes indivíduos pode estar alterado podendo criar assim efeitos psicológicos que incapacitam o funcionamento social e o bem-estar do indivíduo (Berggren, 1993; Milgrom e col. 1988; Wolfe e col. 1991)

O papel de mediador da comunicação indica assim que um paciente reage mais positivamente com um profissional de saúde que interaja com ele do que com um que não comunique. De acordo com Edgington (2000) o imperativo da comunicação é o reconhecimento do facto que as relações interpessoais entre os profissionais de saúde e os pacientes são tão fundamentais para a eficácia das terapêuticas como as competências técnicas.

É interessante perceber que a interacção é um fenómeno activo. É o interesse activo e positivo pelos pacientes que marca a diferença na percepção que estes têm dos profissionais. Os mediadores explicam por excelência, a importância que situações externas podem ter em situações psicológicas. São muitas vezes a resposta á razão porque as coisas acontecem, ou como acontecem. Por exemplo, a percepção do profissionalismo pode moderar o impacto do medo causado pelo desconforto que o consultório dentário exerce sobre determinado paciente, este efeito é por sua vez mediado pela técnica e capacidade de comunicação em situar o paciente e determinar a melhor forma de diminuir os níveis de ansiedade (Kvale e col. 2001; Reuben e col. 1984; Stoeckle, 1988). A comunicação é assim essencial no trabalho com pacientes que apresentem níveis altos de ansiedade, é uma forma de os pacientes perceberem que podem ter o controlo da situação e assim diminuir o nível de ansiedade e medo durante os tratamentos dentários (Berggren e col., 1984; Logan, 1991).

O presente estudo contribuiu assim para uma caracterização dos comportamentos de saúde oral de uma amostra da população Portuguesa, assim como para a identificação de variáveis preditoras desses comportamentos. Além disso, permitiu aprofundar as relações existentes entre as diferentes variáveis estudadas no contexto da saúde oral, e sugere formas de abordagem dos pacientes, tendo em conta as suas crenças individuais face à saúde oral. No entanto, importa referir algumas limitações.

#### 10.4 – Limitações do presente estudo

Embora a amostra inclua um grande leque de indivíduos com diferentes idades, habilitações e níveis sócio-económicos, o método de recolha utilizado (*snow ball*) não garante a representatividade da amostra.

A escolha das escalas Dental Fears Survey (DFS) e Dental Health Beliefs (DBF) implicou a utilização de uma tradução experimental que embora tenha apresentado valores satisfatórios de consistência interna, pode incluir diferenças culturais que não tenham sido detectadas.

A inclusão de variáveis psicológicas como o optimismo e a auto-eficácia poderiam ter contribuído para uma compreensão mais profunda dos aspectos psicológicos envolvidos no universo da saúde oral.

É importante considerar que o facto de se ter utilizado um questionário de auto-preenchimento pode ter influenciado as respostas dos participantes, no sentido de reflectirem as suas percepções ideais de comportamentos de saúde, em vez do seu comportamento individual.

## 10.5 – Conclusões

Este estudo foi um contributo para caracterizar e aprofundar conhecimentos sobre a saúde oral em Portugal. Com a inclusão do estudo dos preditores dos comportamentos de saúde oral, pensamos ter dado um salto qualitativo na análise desses comportamentos, dado que a maioria dos estudos nacionais nesta área se insere no nível descritivo da análise.

Como em muitos estudos comportamentais, as correlações encontradas foram relativamente baixas, apesar de serem estatisticamente significativas. Como já foi referido, este facto indica a dificuldade em encontrar preditores significativos para a saúde oral e nomeadamente para os comportamentos de higiene oral. Será importante que futuros estudos investiguem sobre as razões que poderão estar na origem destes resultados.

O senso comum dos profissionais de saúde oral, a sabedoria adquirida através das suas crenças e percursos culturais é a forma mais comum de lidar com as crenças individuais de saúde dos pacientes e com os seus medos. Essa abordagem pessoal, “não científica” é importante e não deve ser esquecida.

A interacção entre os sintomas das doenças orais, medos, crenças e hábitos deve ser cada vez mais bem compreendido pelos dentistas e higienistas orais, num trabalho em equipa, para que o objectivo final seja atingido: a saúde oral e a redução do medo.

Concluimos que o medo é um factor real, com um papel muito importante em tudo o que diz respeito á saúde oral dos indivíduos. A comunicação e o profissionalismo são importantes para quebrar a distância que existe entre a medicina dentária e a população geral, reduzindo os níveis de medo e aumentando a qualidade dos resultados.

Provavelmente, o grande número de faltas às consultas previamente marcadas, a falta de adesão às medidas preventivas, e a nossa incapacidade para manter os pacientes com bons níveis de saúde oral num programa de manutenção eficaz, pode ser atribuído, em grande parte, ao facto de não interagirmos com os factores psicológicos e socioculturais dos pacientes.

As ciências comportamentais têm como objectivo o estudo das interacções entre pessoas e os seus ambientes. Claramente, o seu papel tem sido secundário na formação dos Médicos Dentistas e Higienistas Oraís, e deveria estar mais presente na formação destes profissionais. Segundo Freeman (b) (1999), *“sabemos mais facilmente tratar uma gengivite ou uma periodontite do que tratar o paciente como pessoa”*

Será fundamental que na educação dos futuros dentistas e higienistas orais, para além da abordagem tecnicista e biomédica que se aplica actualmente, se comece a dar ênfase às crenças individuais, numa abordagem bio-psicosocial. Os *curriculae* de medicina dentária deveriam assim enfatizar as disciplinas do foro psicológico e pedagógico (Goldrick e col., 1999).

Deverão ser realizados em Portugal, mais estudos na área da psicologia da saúde relacionados com a saúde oral. De uma forma exploratória, os resultados sugerem que a percepção das crenças individuais de saúde oral pode contribuir para obter um diagnóstico mais correcto dos pacientes e tornar os tratamentos mais eficazes. As crenças e as percepções podem activar os medos, podendo prejudicar a saúde oral. Detectar e diminuir esse medo, através do incremento da relação entre profissionais de saúde e pacientes, parece ser uma das formas de aproximar a saúde oral das populações, diminuindo ainda mais os níveis de doença.

Criar programas e acções eficazes de saúde pública e individual terá cada vez mais de requerer uma análise da orientação individual da saúde dos utentes, e dos factores que influenciam as suas crenças de saúde oral. As intervenções na área da educação e promoção da saúde oral, criadas para melhorar e alterar crenças de saúde, devem conter uma componente avaliativa, de forma a compreender o impacto dessas acções nos hábitos protectores, e nos níveis de saúde oral dos indivíduos e da população.

Poderemos concluir que, apesar das limitações inerentes a este estudo, estão criadas as bases para sustentar a importância de mais investigações nesta área, salientando a importância que os aspectos cognitivos e psicológicos podem ter na abordagem da saúde oral.



*in Heart – No Coração da Cidade by Mar Tatulli, Gradiva 2000*

---

# 11

## REFERÊNCIAS

---

- Abrahamsson, K.H., Berggren, U., Hakeberg, M., Carlsson, S.G. (2001) Phobic avoidance and regular dental care in fearful dental patients: a comparative study. *Acta Odontologica Scandinavica*, 59, 273-279.
- Adler, N., Matthews, K. (1994) Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45, 229-239.
- Alcouffe, F.(1989). Spontaneous oral hygiene: a predictor for future preventive behaviour?. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 17, 120-122.
- Almeida, C.M. (1997) As doenças da cavidade oral nos jovens Portugueses. Estudo epidemiológico. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Ansai, T., Miyazaki, H., Katoh, Y., Yamashita, Y., Takehara, T., Jenny (1993) Prevalence of malocclusion in high school students in Japan according to the Dental Aesthetic Index. *Community Dental Oral Epidemiology*, 21,303-305.
- Assink, M.H.J., Verhey, J.G.C., Hoogstraten, J., Goedhart, H. (1995). Perception of Dental and other Individual Problems: Adolescents versus Young Adults. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 23, 369-73.
- Bagley, J.G., Low, K.G. (2000) Enhancing flossing compliance in college freshmen. *Clinical Preventive Dentistry*, 14(6), 25-30.
- Barker, T. (1994). Role of health beliefs in patient compliance with preventive dental advice. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 22, 327-30.
- Baron, R.M., Kenny, D. A. (1986) The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 1173-1182.

- Bergendal, B. (1992). The relative importance in a population of tooth loss and denture wearing in Swedish adults. *Community Dental Health*, 9, 109-124.
- Berggren, U. (1993). Psychological effects associated with dental fear in adult dental patients with avoidance behaviours. *Psychology and Health*, 8, 185-196.
- Berggren, U., Meynert, G. (1984). Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. *Journal of American Dental Association*, 109, 247-251.
- Berndsen, M., Eijkman, M.A.J. Hoogstraten, J. (1993) Compliance perceived by Dutch periodontists and hygienists. *Journal of clinical periodontology*, 120, 668-672.
- Blinkhorn, A.S. (1998) Dental health education: what lesson have we ignored? *British dental Journal*, 184, 58-59.
- Borkowska, E.D., Watts, T.L.P., Weinman, J. (1998). The Relationship of Health Beliefs and Psychological Mood to patient adherence to Oral Hygiene Behaviour. *Journal of Clinical Periodontology*, 25, 187-193.
- Bradnock, G., White, D. A., Nuttall, N.M., Morris, A J., Treasure, E.T. e Pine, C.M. (2001) Dental attitudes and behaviours in 1998 and implications for the future. *British Dental Journal*, 190, 228 – 232.
- Buchner, A., Erdfelder, E., Faul, F. (1997). How to Use G\*Power [WWW document]. URL [http://www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower/how\\_to\\_use\\_gpower.html](http://www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower/how_to_use_gpower.html)
- Cohen, M.E. (1985). Dental anxiety and DMFS status: association within a US naval population versus differences between groups. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 13, 75-78.
- Cohen, S.M., Fiske, J., Newton, J.T. (2000) The impact of dental anxiety on daily living. *British Dental Journal*, 189, 385-390.
- Conner, M.T. (1993) Pros and cons of social cognition models in health behaviour. *Health Psychology Update*, 14, 24-31.
- Conner, M., Norman, P.(1995) The role of social cognition in health behaviours in *Predicting Health Behaviour edited by Conner, M. e Norman P.* Open University Press, Buckingham – Philadelphia.
- Corah, N.L., O’Shea, R.M., e Bissel, G.D. (1984) The dentist-patient relationship perceptions by patients of dentist behavior in relation to satisfaction and anxiety. *JADA*, 111, 443-446.

- Crossley, M.L., Blinkhorn, A e Cox, M. (2001) “What do our patients really want from us?”: Investigating patients perceptions of the validity of the Chartermark criteria. *British Dental Journal*, 190, 602 – 606.
- Duke, M.P. e Cohen, B. (1975) Locus of control as an indicator of patient cooperation. *Journal American College of Dentistry*, 42, 174-178.
- Dworkin, S., Ference, T., Giddon, D. (1978) *Behavioral Science and Dental Practice* – Mosby Company, Saint Louis.
- Edgington, E.M. (2000) The communication imperative: a critical thinking paradigm. *Probe*, 28, 65-68.
- El-Mangoury, N.H. (1981) Orthodontic cooperation. *American journal of Orthodontics*, 80, 604-622.
- Fejerskov, O. (1997). Concepts of Dental Caries and the Consequences for Understanding the Disease. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 25, 5-12.
- Fiske, J., Davis, D.M., Frances, C., Gelbier, S. (1998). The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *British Dental Journal*, 184, 90-93.
- Freeman, R., Maizels, J., Wyllie, M., Sheiham, A. (1993). The Relationship Between Health Related Knowledge, Attitudes and Dental Health Behaviours in 14-16-year-old Adolescents. *Community and Dental Health*, 10, 397-404.
- Freeman, R. (1999) (1) The Common sense\* Approach. *British Dental Journal*, 186, 450-452.
- Freeman, R. (1999) (3) The determinants of dental health attitudes and behaviours *British Dental Journal*, 187, 15-18.
- Freeman, R. (1999) (2) A psychodynamic understanding of the dentist-patient interaction. *British Dental Journal*, 186, 503 – 506.
- Freeman, R. (1999) (4) Communicating effectively: some practical suggestions. *British Dental Journal*. 187, 240 – 244.
- Furnham, A., Steele, H. (1993). Measuring locus of control: a critique of general, children’s, health and work related locus of control questionnaires. *British Journal of Psychology*, 84, 443-79.
- Gale, E.N., Carlsson, S.G., Eriksson, A. (1984). Effects of Dentists behaviour on patient’s attitudes. *JADA*, 109, 444-446.

- Galgut, P.N., Waite, I.M., Todd-Pokropek, A., Barnby, G.J. (1987). The relationship between multidimensional health locus of control and the performance of subjects on a preventive periodontal program. *Journal of Clinical Periodontology*, 14, 171-175.
- Georgiou, A. e Bradley, C. (1992) The development of a smoking specific locus of control scale. *Psychology and Health*, 84, 443-479.
- Giddon, D.B. (1966) Psychophysiology of the oral cavity. *Journal of Dental Research*, 45, 1627-1636.
- Giddon, D. (1978). The Mouth and the Quality of Life. *New York Journal of Dentistry*, 48, 3-10.
- Gift, C.H., Atchison, K.A., Dayton, C.M. (1997) Conceptualising oral health and oral health-related quality of life *Social Science and Medicine*, 44, 601-608.
- Gleitman, H. (1995) *Psicologia*. 4ª Edição, Fundação Caloust Gulbenkian. Lisboa.
- Gobetti, J.P. (1981) The psychological Aspects of Dental Therapy: a Diagnostic Problem. *Journal of Dental American Association*, 102, 662 – 663.
- Goldrick, P.M., Pine, C. (1999) A review of teaching of behavioural sciences in the United Kingdom dental undergraduate curriculum. *British Dental Journal*, 186, 576-580.
- Grace, M. (2001) Patient focus. *British Dental Journal*, 190, 577.
- Gruen, A. (1995). *A loucura da normalidade*. Lisboa: Assírio & Alvim
- Hannele Syrjälä, A-M., Knuuttila, M.L.E., Syrjälä, L.K. (2001) Self-efficacy perceptions in oral health behavior. *Acta Odontologic Scandinavia*, 59, 1-6.
- Horst, G., Wit, C.A. (1993) Review of behavioural research in dentistry 1987-1993: dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance. *Internacional Dental Journal*, 43, 265-278.
- Janz, N.K., Becker, M.H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health education Q.*, 67, 90-98.
- Kaplan, R. (1990) Behaviour as the central outcome in health care. *American Psychologist*, 45, 1211-1220.
- Kegeles, S.S. (1963). Some motives for seeking preventive dental care. *Journal of American Dental Association*, 67, 90-98.

- Kent, G.G., Mathees, R.M., White, F.H. (1984) Locus of Control and Oral Health. *Journal of the American Dental Association*, 109, 67-69.
- Kerr, I.L., (1985) Quality Assurance and the Dentist-Patient Relationship. *Dental Clinics of North America*, 29, 581-588.
- Kirscht, J.P. (1972) Perception of control and health beliefs. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 225-237.
- Kleinknecht, R.A. , McGlynn, F.D., Thorndike, R.M., e Harkavy, J. (1984) Factor analysis of the Dental Fear Survey with cross validation. *Journal of the Dental American Association*, 108, 59-61.
- Klepac, R.K. (1988) Behavioral Treatments for Adult Dental Avoidance. *The Dental Clinics of North America*, 32, 705 – 714.
- Knecht, M.C., Syrjälä, A-MH., Knuuttila, M.L.E. (1999). Locus de Control Beliefs Predicting Oral and Diabetes Health Behaviour and Health Status. *Acta Odontologic Scandinavia*, 57, 127-131.
- Kuhner, M.K., Raetzke, P.B. (1989). The effect of health beliefs on the compliance of periodontal patients with oral hygiene instructions. *Journal of Periodontology*, 60, 51-6.
- Kulich, K.R., Rydén, O ., Bengtsson, H. (1998) A descriptive study of how dentists view their profession and the doctor-patient relationship *Acta Odontol Scand.*, 56, 206-209.
- Kurtz, S., Silverman, J., Draper, J.(1998) Teaching and learning Communication Skills in Medicine. *Radcliffe Medical Press Ltd, Abingdon, Oxon, UK*.
- Kvale, G., Milgrom, P., Getz, T. e Weinstein P. (2001) Beliefs about Professional Ethics, Doctor-Patient Communication and Control among fearful dental patients: The factor structure of the revised dental beliefs survey. *In press*.
- Kwan, S., Williams, S. (1999) Dental Beliefs, Knowledge and Behaviour of Chinese People in the United Kingdom. *Community Dental Health*, 16, 33-39.
- Kwan, S.Y., Holmes, M.A. (1999) An exploration of oral health beliefs and attitudes of Chinese in West Yorkshire: a qualitative investigation. *Health Educational Research*, 14, 453-460.
- Lau, R.E., Hartman, K.A., Ware, J.E. (1986). Health as a value: Methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5, 25-43.

- Leao, A., Sheiham, A., (1995). The development of a social-dental measure of dental impacts on daily living. *Community Dental Health*, 13, 22-26.
- Lindsay, S., Jackson, C. (1993) Fear of Routine Dental Treatment in Adults: its Nature and Management. *Psychology and Health*, 8, 135-153.
- Litt, M.D., Kalinowski, L. Shafer, D. (1999) A dental fears typology of oral surgery patients: matching patients to anxiety interventions. *Health Psychology*, 18, 614-624.
- Locker, D. (1992). The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dental Health*, 9, 109-124.
- Locker, D., Clarke, M., Payne, B. (2000) Self-perceived Oral Health Status, Psychological Well-being, and Life Satisfaction in an Older Adult Population *Journal of Dental Research*, 79, 970-975.
- Locker, D., Liddell, A., Dempster, L., Shapiro, D. (1998) Age of onset of dental anxiety. *Journal of Dental Research*, 78, 790-796.
- Logan, H.L. (1991) Communication and persuasion: factors influencing a patient's behaviour. *Journal of Dental Education*, 55, 570 – 574.
- Macgregor, I.D.M., Baldwin, J.W. (1991) Self-esteem as a Predictor of Toothbrushing Behaviour in Young Adolescents. *Journal of Clinical Periodontology*, 18, 312-316.
- Macgregor, I.D.M., Baldwin, J.W., Regis, D. (1998). Flossing Behaviour in English Adolescents. *Journal of Clinical Periodontology*, 25, 291-296.
- Macgregor, I.D.M., Regis, D., Balding, J. (1997). Self-concept and Dental Health Behaviours in Adolescents. *Journal of Clinical Periodontology*, 24, 335-339 .
- Marteau, T.M. (1987) Health beliefs and attributions in *Health Psychology edited by Broome, A . K.. Chapman & Hall*.
- Mc Grath., C., Bedi, R. (2001) Can dental attendance improve quality of life? *British Dental Journal*, 190, 262-265.
- Melsen, B., Hørup, Terp, S. (1987). Factors of importance to maintenance of teeth. *Community Dental Health*, 4, 11-25.
- Milgrom, P., Weinstein, P., Getz, T. (1995). Treating fearful dental patients. University of Washington, Seattle.
- Milgrom P., Weinstein P. (1999) *Early childhood caries, a team approach to prevention and treatment*. Seattle: University of Washington.

- Milgrom, P. (2001) The impact of behavioral technology on dental caries. *Journal of Dental Education*, 65, 1102-1105.
- Milgrom, P., Getz, T., e Weinstein, P. (1988) Recognising and Treating Fears in General Practice. *Dental Clinics of North America*, 32, 657- 665.
- Milgrom, P., Vignehsa, H., e Weinstein, P. (1992) Adolescent dental fear and control: Prevalence and theoretical implications. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 367-73.
- Mitchel, M., Jolley, J. (2001) *Research Design Explained*. 4ª edição. Harcourt College Publishers.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D., Buick, D. (2002) The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
- Nestel, D., Betson, C. (1999) An evaluation of communication skills workshop for dentists: cultural and clinical relevance of patient-centred interview. *British dental Journal*, 187, 385-388.
- Neverlien, P.O. (1988) Dental fear and locus of control: a pilot study. *Community Dental Oral Epidemiology*, 16, 127.
- Normam, P. e Bennett, P. (1995) Health locus of control in *Predicting Health Behaviour edited by Conner, M. e Norman P.* Open University Press, Buckingham – Philadelphia.
- Nutall, N.M., Bradnock, G., White, D., Morris, J. e Nunn, J. (2001) Dental Attendance in 1998 and Implications for the Future. *British Dental Journal*, 190, 177- 182.
- Ödman, P.A., Lange, A.L., Bakdash, M.B. (1984). Utilization of Locus of Control in the prediction of patients' oral hygiene performance. *Journal of Clinical Periodontology*, 11, 367-372.
- Ogden, J.(1999) *Psicologia da Saúde*. 1ª Edição, Climepsi Editores, Lisboa.
- Oosterhaven, S.P., Westert, G.P. e Schaub, R.M.H. (1989) Perception and significance of dental appearance: the case of missing teeth. *Community Dent Oral Epidemiol* , 17, 123-126.
- Petersen, E. P., Danila, I., Samoila, A. (1995). Oral Health Behaviour, Knowledge and Attitudes of Children and Schoolteachers in Romania in 1993. *Acta Odontologic of Scandinavia*, 53, 363-368.

- Poulton, R., Menzies, R.G. (2002) Non-associative fear acquisition: a review of the evidence from retrospective and longitudinal research. *Behaviour Research Therapy*, 40, 127-149.
- Rayant, G.A., Sheiham, A. (1980). An analysis of factors affecting compliance with tooth-cleaning recommendations. *Journal of Clinical Periodontology*, 7, 289-299.
- Regis, D., Macgregor, I.D.M., Baldwin, J. (1994). Differential prediction of dental health behaviour by self-esteem and health locus of control in young adolescents. *Journal of Clinical Periodontology*, 21, 7-12.
- Ribeiro, J.L.(1998) *Psicologia e Saúde*. ISPA. Lisboa.
- Rise, J., Wold, B. (1991) Determinants of dental health behaviours in Nordic schoolchildren. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 19, 14-19.
- Rodin, J., Salovey, P. (1989) Health psychology. *Ann. Rev. Psychol*, 40, 533-579.
- Rodrigues, F.D.S., Ferreira, M.C., Sousa, M.F.D., Calado, R. (1993) A prevenção da cárie dentária na freguesia de Odivelas: situação actual e pertinência da aplicação de selantes de fissura. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 11, 16-7.
- Rubin, J.G., Slovin, M., Krochak, M. (1988). The Psychodynamics' of Dental Anxiety and Dental Phobia. *The Dental Clinics of North America*, 32, 647 – 656.
- Schuller, P.D. Thompson, G.W., de Almeida, C.M., Canas, S. Freitas, E. (1993) Dental attitudes by socio-economic status in groups of Portuguese children. *Journal of Dental Research*, 72 Special Issue, 409 abst. 2449.
- Schuller, P.D. Thompson, G.W., Almeida, C.M., Pereira, M., dos Ramos, J. (1994) Dental care profile and socio-economic factors of young Portuguese adults. *Journal of Dental Research*, 73 Special Issue, 141 abst. 313.
- Schuurs, A. H. e Hoogstraten, J. (1993) Appraisal of dental anxiety and fear questionnaire: a review. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 21, 329 - 339.
- Scott, D.S., Hirrschman, R. (1982). Psychological aspects of dental anxiety in adults. *Journal of American Dental Association*, 104, 27-31.
- Sheeran, P., Abraham, C. (1995) The health belief model in *Predicting Health Behaviour edited by Conner, M. e Norman P.* Open University Press, Buckingham – Philadelphia.

- Skaret, E., Raadal, M., Berg, E., Kvale, G. (1998) dental anxiety among 18-year-olds in Norway. Prevalence and related factors. *European Journal of Oral Science*, 106, 835-843.
- Slade, G.D., Spencer, A.J. (1994). Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dental Health*, 11, 3-11.
- Smith, T., Weinstein, P., Milgrom, P., Getz, T. (1984). An evaluation of an institution-based dental fears clinic. *Journal of Dental Research*, 63, 272-279.
- Sondell K., Soderfeldt, B. (1997) Dentist-Patient Communication: a review of relevant models. *Acta Odontologica Scandinavica*, 55, 116-126.
- Stoeckle, J.D. (1988) Adult patient-dentist relationship. *The Dental Clinics of North America*, 32, 763 – 769.
- Thompson, G.W., De Almeida, C.M., Canas, S., Freitas, E., Schuller, P.D. (1992) Perceptions of periodontal disease of school-aged children in Portugal. *Journal of Dental Research*, 71 Special issue, 739 abst. 1791.
- Timmerman, E.M., Hoogstraten, J., Meijer, K., Nauta, M., Eijkman, M.A.J. (1997). On the assessment of dental health care attitudes in 1986 and 1995, using the dental attitude questionnaire. *Community Dental Health*, 14, 161-165.
- Wallston, K. A., Wallston, B.S., DeVellis, R. (1978). Development of the multi-dimensional health locus of control (MHCL) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Watson M. R., Horowitz A. M., Garcia L, Canto, M. T. (1999). Caries Conditions among 2-5-year-old Immigrant Latino Children Related Parents' Oral Health Knowledge, Opinions and Practices. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 27, 8-15.
- Weinstein P, Milgrom, Melnick S, Beach B & Spadafora A (1989). How effective is oral Hygiene instruction? Results after 6 and 24 weeks. *Journal of Public Health Dentistry*, 49, 32-38.
- Weinstein, P. e Nathan, J.E. (1988) The challenge of fearful and phobic children. *The Dental Clinics of North America*, 32, 667 – 691.
- Weinstein, P., Getz, T., Milgrom, P. (1991) *Oral self-care*. Seattle: University of Washington.

- 
- Weinstein, P., Milgrom, P., Ratener, P., Read, W. e Morrinson, K. (1978) Dentist's perception of the patients: relationship to quality of care. *Journal of Public Health Dentistry*, 38, 10–21.
  - Wilkins, E.M. (1999) *Clinical practice of the Dental Hygienist*. Lippincott Williams & Wilkins, 8ª edição.
  - Wilson, T.G. (1987). Compliance. A review of the literature with possible applications to periodontics. *Journal of Periodontology*, 58, 706-714.
  - Wolfe G, Stewart J, Hartz G. (1991) Relationship of Dental Coping Beliefs and Oral Hygiene Performance. *Community Dental Oral Epidemiology*, 19, 112-115.

---

# 12

## ANEXOS

---

**Anexo 1**

**Este questionário tem como objectivo a melhor compreensão das atitudes das pessoas em relação á saúde oral. Respostas honestas são fundamentais para o sucesso deste estudo.**

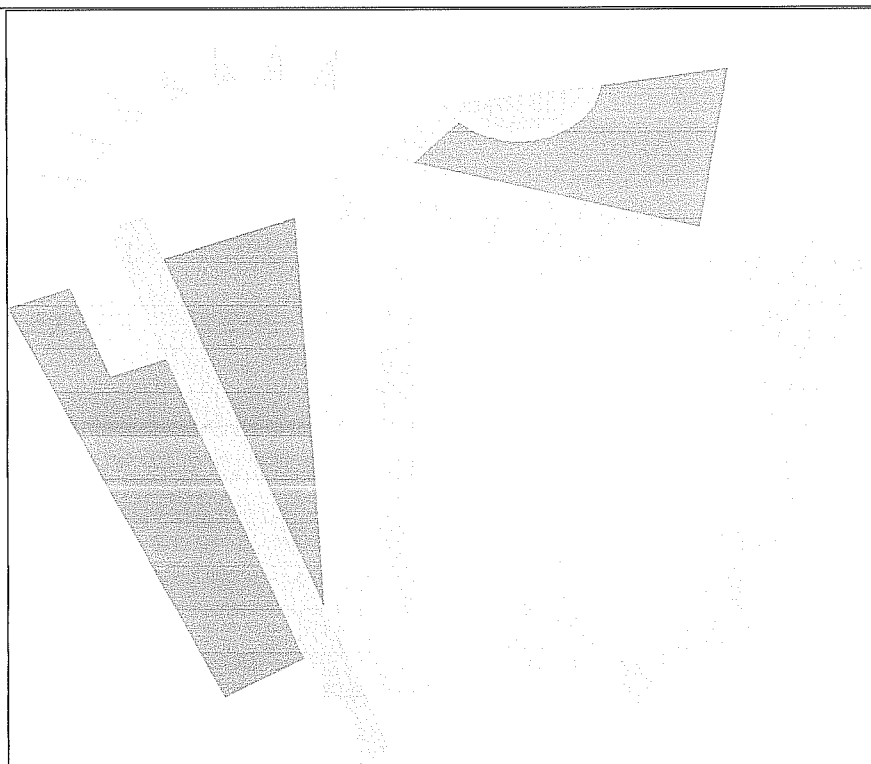
**Não há respostas certas ou erradas, o que conta é a sua opinião!**

**Todas as respostas serão confidenciais e anónimas.**

**Muito obrigado pela sua colaboração.**

## **QUESTIONÁRIO SOBRE SAÚDE ORAL**

MÁRIO RUI GABRIEL ARAÚJO



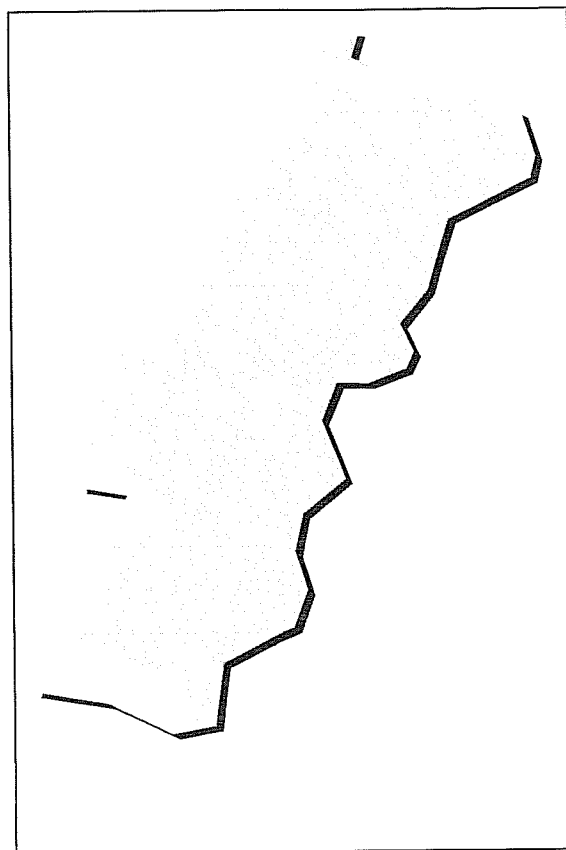
## 1 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA

1.a) Sexo: (1) F (2)M

1.b) Idade \_\_\_\_\_

1.c) Nível de escolaridade terminado:

- \_\_\_\_\_ Ensino primário
- \_\_\_\_\_ 5º ao 9º ano
- \_\_\_\_\_ 10 ao 12º
- \_\_\_\_\_ Superior



**Estamos interessados na forma como pensa e sente sobre as doenças da boca. Por favor assinale o quanto concorda ou discorda com cada uma das afirmações, assinalando com um círculo o número que corresponde à sua resposta. Lembre-se: não há respostas certas ou erradas, o que conta é a sua opinião.**

		Discorda Completamente			Concorda Completamente		
		1	2	3	4	5	6
2	Apenas o dentista ou o higienista oral podem prevenir as doenças orais.	1	2	3	4	5	6
3	Assim que começamos a ter problemas na boca, eles nunca mais param.	1	2	3	4	5	6
4	É importante para mim que os meus amigos pensem que eu tenho uma boca saudável.	1	2	3	4	5	6
5	Eu acredito que escovar os dentes ajuda a prevenir as doenças orais.	1	2	3	4	5	6
6	Eu acredito que escovar os dentes e usar o fio dentário é importante e possivelmente até pode prevenir as doenças da gengiva e a perda de dentes, no entanto, como não tenho a certeza, não vale a pena perder tempo com isso.	1	2	3	4	5	6
7	Eu acredito que perder dentes faz parte do facto de irmos envelhecendo.	1	2	3	4	5	6
8	Eu acredito que se escovar os dentes e usar o fio dentário todos os dias fico menos susceptível às doenças orais.	1	2	3	4	5	6
9	Eu acredito que se podem prevenir as doenças orais.	1	2	3	4	5	6
10	Eu acredito que se usar o fio dentário vou prevenir as doenças orais.	1	2	3	4	5	6
11	Eu sou directamente responsável pela saúde da minha boca.	1	2	3	4	5	6
12	Eu sou directamente responsável por prevenir a perda dos meus dentes.	1	2	3	4	5	6
13	Existem coisas mais importantes do que a minha saúde.	1	2	3	4	5	6
14	Não há muita coisa que uma pessoa pode fazer para prevenir os problemas orais.	1	2	3	4	5	6
15	Não há nada mais importante que uma boa saúde.	1	2	3	4	5	6
16	O destino dos meus dentes está na mão dos dentistas, não importa o tempo que eu demoro a tomar conta deles.	1	2	3	4	5	6
17	Se os dentes dos meus pais foram “maus”, então nada pode impedir que os meus também o sejam.	1	2	3	4	5	6
18	Sem a nossa saúde nós não somos nada.	1	2	3	4	5	6
19	Sempre que tenho problemas na boca devo consultar o dentista.	1	2	3	4	5	6
20	Ter uma boa saúde é um pormenor menor na nossa felicidade.	1	2	3	4	5	6
21	Visitas regulares ao dentista são a melhor forma de evitar as doenças da boca.	1	2	3	4	5	6

**Quando está a fazer um tratamento dentário: MEDO**

		Nunca	Uma ou duas vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Sempre
22	Os meus músculos ficam tensos:					
23	Respiro mais depressa:					
24	Transpiro:					
25	Sinto-me agoniado e mal disposto:					
26	Os batimentos cardíacos aumentam:					

Por favor diga-nos, utilizando a escala fornecida, se estas situações lhe criam medo. Coloque uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso: MEDO

27		Nunca	Uma ou duas vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Sempre
A	Marcar a consulta para o dentista					
B	A chegada ao consultório					
C	Estar sentado na sala de espera					
D	Sentar-se na cadeira do dentista					
E	O cheiro do consultório					
F	Ver o dentista					
G	Ver a seringa da anestesia					
H	Sentir a picada					
I	Ver a broca					
J	Ouvir a broca					
K	Sentir as vibrações da broca					
L	Fazer uma destartarização (limpeza)					

28- Acha que de uma forma geral pode considerar que tem medo de ir ao dentista?

Nunca	Uma ou duas vezes	Várias vezes	Muitas vezes	Sempre

Por favor indique novamente o seu acordo ou desacordo com as seguintes afirmações, colocando uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso. **CONSEQUÊNCIAS**

		Discordo plenamente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo plenamente
29	As doenças da boca podem ser graves					
30	As doenças da boca têm grandes consequências para a minha vida					
31	As doenças da boca não têm grande efeito na minha vida de doente.					
32	As doenças da minha boca afectam seriamente a forma como os outros me vêem					
33	As doenças da boca têm sérias consequências económicas.					
34	As doenças da boca causam dificuldades àqueles que me são próximos					

Por favor indique o que sente colocando uma cruz no quadrado que ache apropriado para o seu caso: **DENTAL HEALTH BELIEFS SURVEY, COMUNICAÇÃO E PROFISSIONALISMO.**

		Nunca	Às vezes	Várias Vezes	Muitas vezes	Sempre
35	Acha que os profissionais da saúde oral lhe recomendam tratamentos desnecessários?					
36	Eu acredito que os profissionais da saúde oral me escondem informações					
37	Preocupo-me com a competência técnica dos profissionais da saúde oral					
38	Já tive consultas em que me disseram uma coisa e fizeram outra					
39	É importante que me dêem informações completas, pois preciso delas para tomar decisões sobre a minha saúde					
40	Por vezes, os profissionais da saúde oral não percebem que os pacientes precisam de descansar durante as consultas					
41	Houve profissionais da saúde oral que se mostraram relutantes em refazer tratamentos com os quais eu não estava satisfeito.					
42	Se os profissionais da saúde oral parecem estar com pressa, fico preocupado com a qualidade do trabalho					
43	Os profissionais da saúde oral fazem o melhor por mim					
44	Os profissionais da saúde oral preocupam-se mais em acabar os trabalhos do que no meu conforto enquanto doente.					
45	Sinto que os profissionais da saúde oral estão preparados para tratar dos meus problemas					
46	Eu sinto que os profissionais da saúde oral não me dão explicações claras sobre os tratamentos ou sobre os meus problemas					
47	Sinto que os profissionais da saúde oral não gostam de falar com os doentes					
48	Eu sinto-me desconfortável a fazer perguntas					
49	Os profissionais da saúde oral dizem coisas que me fazem sentir culpado sobre a forma como trato os meus dentes					
50	Sinto que os profissionais da saúde oral não levam a sério o medo que eu tenho de fazer tratamentos dentários					
51	Sinto que fazem pouco dos meus medos					
52	Sinto que os profissionais não gostam que eu faça perguntas ou dê opiniões.					
53	Sinto que os profissionais da saúde oral me envergonham com o estado da minha boca					
54	Eu acho que os profissionais da saúde oral não têm realmente empatia pelos seus pacientes.					

55. Como classifica a sua Saúde Oral no momento presente?

Péssima	Muito pobre	Pobre	Média	Boa	Muito boa	Excelente

56 - Qual é a sua frequência de escovagem?

1 vez por dia	2 vezes por dia	3 vezes por dia	Mais de 3 vezes por dia

57 - Usa o fio dentário:

Nunca	Raramente	1 vez por semana	2 a 3 vezes por semana	Diariamente

58 - Nos últimos dois anos, quantas vezes é que foi ao dentista:

Nenhuma	1 vez	2 a 5 vezes	5 a 10 vezes	Mais de 10

59 - Nos últimos dois anos, quantas vezes é que foi ao Higienista Oral:

Nenhuma	1 vez	2 a 5 vezes	5 a 10 vezes	Mais de 10

**CERTIFIQUE-SE QUE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS E, MAIS UMA VEZ, MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.**

## Anexo 2

Q	Percepção do Profissionalismo e da Comunicação dos Profissionais de Saúde Oral	n	%N	%AV	%VV	%MV	%S
		404					
	Percepção do Profissionalismo ( $\alpha = 0,67$ )						
35	Acha que os profissionais da saúde oral lhe recomendam tratamentos desnecessários?	47,8	45,3	4,5	2,2		,2
36	Eu acredito que os profissionais da saúde oral me escondem informações	70,3	24,0	3,5	2,0		,2
37	Preocupo-me com a competência técnica dos profissionais da saúde oral	7,7	18,8	17,1	14,9		41,6
38	Já tive consultas em que me disseram uma coisa e fizeram outra	71,3	18,3	5,9	3,5		1,0
39	É importante que me dêem informações completas, pois preciso delas para tomar decisões sobre a minha saúde	1,2	10,9	8,2	13,1		66,6
40	Por vezes, os profissionais da saúde oral não percebem que os pacientes precisam de descansar durante as consultas	25,2	50,0	15,1	7,7		2,0
41	Houve profissionais da saúde oral que se mostraram relutantes em refazer tratamentos com os quais eu não estava satisfeito.	63,9	23,0	8,9	3,5		,7
42	Se os profissionais da saúde oral parecem estar com pressa, fico preocupado com a qualidade do trabalho	9,2	30,7	12,9	17,8		29,5
43	Os profissionais da saúde oral fazem o melhor por mim	27,2	28,5	16,1	26,2		2,0
44	Os profissionais da saúde oral preocupam-se mais em acabar os trabalhos do que no meu conforto enquanto doente.	30,7	47,5	11,4	7,4		3,0
45	Sinto que os profissionais da saúde oral estão preparados para tratar dos meus problemas	30,9	29,0	15,8	22,3		2,0
	Percepção da Comunicação ( $\alpha = 0,84$ )						
46	Eu sinto que os profissionais da saúde oral não me dão explicações claras sobre os tratamentos ou sobre os meus problemas	39,1	41,3	11,1	6,9		1,5
47	Sinto que os profissionais da saúde oral não gostam de falar com os doentes	48,0	38,6	7,4	5,2		,7
48	Eu sinto-me desconfortável a fazer perguntas	50,5	30,7	10,4	6,4		2,0
49	Os profissionais da saúde oral dizem coisas que me fazem sentir culpado sobre a forma como trato os meus dentes	30,0	48,3	13,4	6,4		2,0
50	Sinto que os profissionais da saúde oral não levam a sério o medo que eu tenho de fazer tratamentos dentários	48,5	31,9	10,9	6,2		2,5
51	Sinto que fazem pouco dos meus medos	75,5	15,3	5,0	2,0		2,2
52	Sinto que os profissionais não gostam que eu faça perguntas ou dê opiniões.	55,7	35,6	5,4	2,2		1,0
53	Sinto que os profissionais da saúde oral me envergonhem com o estado da minha boca	73,3	20,8	3,5	1,7		,7
54	Eu acho que os profissionais da saúde oral não têm realmente empatia pelos seus pacientes.	51,0	33,7	8,9	5,0		1,5

## Legenda:

N – Nunca

AV – Às vezes

VV – Várias vezes

MV – Muitas vezes

S - Sempre

## Anexo 3

Q	Questionário de Crenças de Saúde Oral	n	x	SD
		404		
	<i>Locus de Controle Externo ( <math>\alpha = 0,63</math>)</i>			
2	Apenas o dentista ou o higienista oral podem prevenir as doenças orais.		2,56	1,59
3	Assim que começamos a ter problemas na boca, eles nunca mais param.		2,31	1,18
6	Eu acredito que escovar os dentes e usar o fio dentário é importante e possivelmente até pode prevenir as doenças da gengiva e a perda de dentes, no entanto, como não tenho a certeza, não vale a pena perder tempo com isso.		2,04	1,34
14	Não há muita coisa que uma pessoa pode fazer para prevenir os problemas orais.		1,88	1,23
16	O destino dos meus dentes está na mão dos dentistas, não importa o tempo que eu demoro a tomar conta deles.		2,54	1,52
17	Se os dentes dos meus pais foram “maus”, então nada pode impedir que os meus também o sejam.		1,90	1,11
	<i>Locus de Controle Interno ( <math>\alpha = 0,71</math>)</i>			
5	Eu acredito que escovar os dentes ajuda a prevenir as doenças orais.		5,41	,99
8	Eu acredito que se escovar os dentes e usar o fio dentário todos os dias fico menos susceptível às doenças orais.		5,19	1,09
9	Eu acredito que se podem prevenir as doenças orais		5,45	,89
10	Eu acredito que se usar o fio dentário vou prevenir as doenças orais.		4,28	1,39
11	Eu sou directamente responsável pela saúde da minha boca.		5,39	,93
12	Eu sou directamente responsável por prevenir a perda dos meus dentes.		4,94	1,15

## Anexo 4

Q	Percepção das Consequências das Doenças Oraís	n	% DP	% D	% NC/ND	% C	% CP
		404					
29	As doenças da boca podem ser graves		.5	.7	2.5	40,6	55.7
30	As doenças da boca têm grandes consequências para a minha vida		1,5	5,0	12,9	47,8	32,9
31	As doenças da boca não têm grande efeito na minha vida de doente.		3,0	12,1	14,1	39,4	31,4
32	As doenças da minha boca afectam seriamente a forma como os outros me vêem		5,0	9,7	27,0	39,6	18,8
33	As doenças da boca têm sérias consequências económicas.		2,5	6,2	20,0	43,3	28,0
34	As doenças da boca causam dificuldades àqueles que me são próximos		8,7	14,9	38,9	31,4	6,2

## LEGENDA:

DP – Discordo plenamente

D – Discordo

NC/ND – Não concordo nem discordo

C – Concordo

CP – Concordo plenamente

## Anexo 5

Procura dos cuidados em saúde oral (Dentistas)	N	% N	% 1 x	% 2 a 5 x	% 5 a 10 x	% + 10
	404					
Nos últimos dois anos, quantas vezes foi ao dentista?		13,9	20,8	47,0	10,9	7,4

Procura dos cuidados em saúde oral (Higienistas Orais)	N	% N	% 1 x	% 2 a 5 x	% 5 a 10 x	% + 10
	404					
Nos últimos dois anos, quantas vezes foi ao higienista oral?		74,5	10,4	11,6	2,0	1,5

Quadro - Percepção da Saúde Oral	N	% P	% MP	% P	% M	% B	% MB	% E
	404							
Como classifica a sua saúde oral no momento presente?		1,0	1,7	6,7	36,1	36,4	15,6	2,5

Legenda:

P- Péssima

MP – Muito pobre

P- Pobre

M – Média

B – Boa

MB – Muito boa

E - Excelente

Quadro - Percepção dos hábitos de saúde oral	N	% 1 x dia	% 2 x ao dia	% 3 x ao dia	% + de 3 x ao dia
	404				
Qual é a sua frequência de escovagem?		12,9	48,0	30,9	8,2

Quadro - Percepção dos hábitos de saúde oral	N	% N	% R	% 1 x S	% 2/3 x S	D
	404					
Usa fio ou fita dentária?		26,7	28,5	9,2	17,8	17,8

Legenda:

N – Nunca

R – Raramente

S – Sempre

D – Diariamente

## Anexo 6

Q	Percepção dos Sintomas de Medo, Durante um Tratamento Dentário	n	% N	% U ou DV	% AV	% MV	% A MPV
		404					
22	Os meus músculos ficam tensos:		19,3	20,0	33,7	14,6	12,4
23	Respiro mais depressa:		38,1	18,1	29,0	8,7	6,2
24	Transpiro:		52,0	18,1	16,6	8,4	5,0
25	Sinto-me agoniado e mal disposto:		60,1	17,3	14,4	5,0	3,2
26	Os batimentos cardíacos aumentam:		32,9	23,0	21,3	11,6	11,1

## Legenda:

N – Nunca

U – Uma

DV – Duas vezes

AV – Às vezes

MV – Muitas vezes

AMPV – A maior parte das vezes

Q	Percepção do Medo Perante Situações Específicas	n	% N	% U ou DV	% VV	% MV	% S
		404					
27a	Marcar a consulta para o dentista		72,8	14,6	6,7	2,2	3,7
27b	A chegada ao consultório		58,4	22,5	9,9	5,2	4,0
27c	Estar sentado na sala de espera		58,9	18,8	11,4	6,4	4,5
27d	Sentar-se na cadeira do dentista		37,4	28,5	16,8	8,2	9,2
27e	O cheiro do consultório		64,1	16,8	9,4	4,5	5,2
27f	Ver o dentista		73,3	14,6	5,9	2,7	3,5
27g	Ver a seringa da anestesia		26,5	28,5	19,6	8,2	17,3
27h	Sentir a picada		23,5	30,7	21,3	9,2	15,3
27i	Ver a broca		37,6	23,3	14,6	9,7	14,9
27j	Ouvir a broca		30,2	25,0	17,1	9,7	18,1
27k	Sentir as vibrações da broca		29,2	26,7	17,6	10,4	16,1
27l	Fazer uma destarização (limpeza)		50,2	23,0	14,1	5,2	7,4

## Legenda:

N – Nunca

U ou DV – Uma ou duas vezes

VV – Várias vezes

MV – Muitas vezes

S – Sempre

Q	Percepção Geral do Medo de Ir ao Dentista	n	% N	% U ou DV	% VV	% MV	% S
		404					
28	Acha que de uma forma geral tem medo de ir ao Dentista?		37,6	33,4	11,9	8,7	8,4

Legenda:

N – Nunca

U ou DV – Uma ou duas vezes

VV – Várias vezes

MV – Muitas vezes

S – Sempre

Anexo 7

TABELA 10 – Correlações entre as principais crenças de saúde e os hábitos de cuidados e procura de serviços em saúde oral.

VARIÁVEIS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 – Percepção do estado de saúde oral (FSO)	---										
2 – Frequência de escovagem (FED)	-.19 **	---									
3 – Uso do fio dentário (UFD)	.17 **	.23 **	---								
4 – Idas ao dentista (IAD)	---	---	.17 **	---							
5 – Idas ao higienista oral (IAHO)	.14 **	.11 *	.10 **	.31 **	---						
6 – Locus de controle externo (LCE)	-.25 **	-.20 **	-.22 **	-.10 **	---						
7 – Locus de controle interno (LCI)	.21 **	---	.24 **	---	---	-.21 **					
8 – Percepção do medo (PM)	-.28 **	-.12 *	-.10 **	-.19 **	-.12 *	---	---				
9 – Percepção das consequências das doenças orais (PCDO)	-.10 **	---	---	---	---	---	---	.15 **			
10 – Percepção do profissionalismo dos profissionais de saúde oral (PPPSO)	-.28 **	-.12 *	-.22 **	-.13 **	-.15 **	.13 *	-.26 **	.23 **	---	---	
11 – Percepção da comunicação dos profissionais de saúde oral (PCPSO)	-.24 **	-.12 *	-.23 **	-.14 **	-.14 **	---	-.20 **	.42 **	.17 **	.60 **	---

\*\* P<0,01

\* P<0,05