

# Enfrentamento de Consultas Odontológicas por Pré-Adolescentes e Adolescentes em uma Perspectiva Desenvolvimentista

## Coping with Dental Appointments by Pre-Teens and Adolescents in a Developmental Perspective

Eliza Cristina Porkate<sup>1</sup>, Eliana Cristina Chiminazzo Vicentini<sup>2</sup>, Murilo Fernandes de Araújo<sup>3</sup>,  
Letícia Lovato Dellazzana-Zanon<sup>4</sup> e Sônia Regina Fiorim Enumo<sup>5</sup>

### Resumo

O enfrentamento/*coping* do estresse influencia a aceitação do tratamento odontológico. Esta pesquisa analisou o *coping* de consultas odontológicas por uma perspectiva desenvolvimentista e de autorregulação. Aplicou-se em 30 pacientes (9-15 anos) o *Responses to Stress Questionnaire–Dental Appointments (RSQ-DA)* adaptado para o português brasileiro, e um protocolo sociodemográfico. Os estressores mais frequentes foram: “ter que parar/reduzir uma atividade “que eu gosto”, “não conseguir falar”, e “ter um estranho olhando e cutucando a minha boca”. Identificou-se um baixo nível de estresse e uma percepção de controle da situação (52% da amostra). Observou-se maior frequência de *coping* de controle secundário, especialmente com estratégias de *aceitação*, e respostas de engajamento involuntário, com *excitação fisiológica e emocional*. Os adolescentes avaliaram a situação como menos ameaçadora, apresentando mais estratégias adaptativas do que os pré-adolescentes. Promover técnicas não-farmacológicas para pacientes mais novos, como a *distração* com música e televisão, pode facilitar a aceitação do tratamento odontológico.

**Palavras-chave:** estresse, *coping*, odontologia, adolescentes

### Abstract

Coping with stress influences the acceptance of dental treatment. This study analyzed the coping response to dental appointments from a developmental and self-regulatory perspective. The Responses to Stress Questionnaire – Dental Appointments (RSQ-DA) was adapted to Brazilian Portuguese and a sociodemographic protocol was applied to 30 patients (9-15 years old). The most frequent stressors were: “having to stop/reduce some activity I like”, “not being able to speak”, and “having a stranger looking and poking my mouth”. A low level of stress and a perception of control over the situation were identified (52% of the sample). A higher frequency of secondary control coping responses was observed, especially with *acceptance* strategies, and involuntary engagement responses, with *physiological and emotional arousal*. Adolescents rated the situation as less threatening, with more adaptive strategies than pre-adolescents. Promoting non-pharmacological techniques for younger patients, such as distraction with music and television, can facilitate acceptance of dental treatment.

**Keywords:** stress, *coping*, dentistry, adolescents

Este trabalho deriva da dissertação de Mestrado da primeira autora, intitulada *Estresse e enfrentamento de consultas odontológicas por pré-adolescentes e adolescentes*, defendida em 2019, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas, com bolsa da instituição, sendo orientado pela última autora.

<sup>1</sup> Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo. PUC-Campinas Campus II, Av. John Boy Dunlop, s/n, Jardim Ipaussurama - Campinas, SP, Brasil. CEP13034-685. Tel.: +55193343-8600/ 3343-6891. E-mail: elizaporkate@gmail.com <https://orcid.org/0000-0003-3438-6151> (Autor de correspondência)

<sup>2</sup> Doutoranda em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil. Bolsista da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com estágio na Australian Catholic University. E-mail: eliana.ccv1@puc Campinas.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9463-0801>

<sup>3</sup> Doutorando em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, Brasil. Bolsista da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com estágio na Universidade de Lisboa. E-mail: murilo.fa3@puc-campinas.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1707-4973>

<sup>4</sup> Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: leticia.zanon@puc-campinas.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0649-1675>

<sup>5</sup> Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Professora Emérita da Universidade Federal do Espírito Santo. Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil. E-mail: sonia.enumo@puc-campinas.edu.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9038-6151>

## Introdução

A promoção, a prevenção e o tratamento em saúde oral exigem uma visão multi, inter e intradisciplinar, de forma a contemplar os fenômenos comuns às diversas áreas de conhecimento envolvidas. A Psicologia pode colaborar com a Odontopediatria ao fornecer uma compreensão do processo de enfrentamento do estresse relacionado às consultas odontológicas. Essa contribuição pode ser relevante na medida em que o medo e a ansiedade frente ao profissional de saúde oral podem dificultar a aceitação do tratamento e os autocuidados bucais, comprometendo o resultado do tratamento, com riscos de contratempos clínicos, estresse ocupacional e conflitos entre profissionais e os pacientes ou seus pais (Brasil, Ministério da Saúde, 2017; Cianetti et al., 2017; Moraes et al., 2004). Sendo assim, esta pesquisa teve como objetivo analisar o estresse e o *coping* de consultas odontológicas em uma amostra de pré-adolescentes e adolescentes brasileiros, sob a perspectiva desenvolvimentista e de autorregulação, que permite colher dados sobre a população-alvo na transição entre pré-adolescência e adolescência, considerando as características de desenvolvimento nas faixas etárias de 9 a 11 anos e de 12 a 18 anos (Brienbauer & Maddaleno, 2008). Esta fase do desenvolvimento é especialmente importante, sendo um período de vulnerabilidade para a aquisição do “medo e/ou ansiedade de dentista” (Townsend & Randall, 2021).

Entende-se a ansiedade como um estado emocional desagradável, com sentimentos de apreensão e preocupação, além de grande tensão (Marques et al., 2010; Navais, 2015). Esse estado apresentado por pacientes com ansiedade odontológica está associado à tendência de negligenciar o atendimento, o que é um problema para não só para os pacientes, mas também para os profissionais de saúde oral. Esses sentimentos negativos podem decorrer tanto de uma experiência pessoal quanto de uma percepção negativa transmitida por colegas e familiares (Colares et al., 2013; Townsend & Randall, 2021; Wu & Gao, 2018), influenciando a forma como as crianças e adolescentes lidam com a dor no tratamento e a escolha de suas estratégias de enfrentamento (Meurs et al., 2005).

Em países desenvolvidos, observou-se uma prevalência de 5 a 20% de medo ou ansiedade odontológica, por meio da *Corah Dental Anxiety Scale* (CDAS), especialmente entre crianças com irmãos (Wu & Gao, 2018). No Brasil, autores como Colares et al. (2013) encontraram uma prevalência de 39,4% de casos de “medo de dentista”, em 970 crianças (5-12 anos), no Recife, Pernambuco, além de 44,9% de relatos de dor de dente, considerada como o estressor principal.

Frente a esses quadros de ansiedade e medo no contexto odontológico, compreender como o paciente lida com o estresse pode auxiliar o profissional de saúde oral a promover uma melhor adesão ao tratamento, especialmente para crianças e adolescentes (Kathiria et al., 2020). Além do atendimento clínico competente, Townsend e Randall (2021) alertam que os profissionais de saúde oral devem também usar técnicas para modelar o comportamento, aliviar a ansiedade e promover o enfrentamento/*coping*. Considerando ser a *Motivational Theory of Coping*/Teoria Motivacional do *Coping* (TMC) (Skinner & Wellborn, 1994; Skinner et al., 2003; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016) a abordagem mais atual e a única que considera o processo de estresse-*coping* ao longo do desenvolvimento humano, foi adotada no presente estudo, sendo brevemente apresentada a seguir.

### Processos de Estresse-*coping* segundo a Teoria Motivacional do *Coping*

As respostas de ansiedade relacionam-se com as reações de estresse. Este último é compreendido como um processo multidimensional, que se manifesta por meio de alterações físicas, psicológicas e emocionais, gerando um esforço de adaptação. Assim, busca-se a autorregulação desses comportamentos e emoções (Marques et al., 2010). Esse esforço adaptativo é chamado de processo de enfrentamento do estresse, segundo a Teoria Motivacional do *Coping* (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). O *coping* refere-se à forma com que o indivíduo detecta, avalia, reage e lida com os estressores com os quais se depara no dia a dia (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016). Esse processo inclui, além das tentativas de regulação

da emoção, aquelas voltadas à coordenação do comportamento motor, atenção e cognição (Compas et al., 2001).

A TMC considera que respostas de estresse ocorrem quando as necessidades psicológicas básicas (NPB) de relacionamento, competência e autonomia são ameaçadas ou desafiadas (Skinner & Wellborn, 1994). Também possibilita essas análises no contexto da consulta, assim como a compreensão das respostas mais comuns de pré-adolescentes e adolescentes.

A NPB de relacionamento refere-se aos vínculos estabelecidos e ao sentimento de pertencer a um grupo. Caso o indivíduo sinta que a satisfação da NPB de relacionamento está ameaçada, tenderá a apresentar estratégias de *coping* relacionadas a se isolar e a delegar. Se a percepção for de desafio, tende a apresentar um *coping* mais adaptativo, como buscar suporte social e agir com autoconfiança (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994). O fato de o profissional da saúde oral ser bravo ou percebido pelo paciente como uma pessoa má pode ser uma ameaça à NPB de relacionamento, diminuindo a autoconfiança e aumentando a tendência ao isolamento, dificultando a interação com o profissional.

A NPB de competência está associada ao sentimento de autoeficácia, percebendo-se o indivíduo como capaz de lidar com as situações que se apresentam. Assim, quando a pessoa sente sua competência ameaçada, pode reagir com desamparo (desânimo, pânico, confusão) e fuga. Se a percepção for de desafio à competência, tende a buscar informações e tentar resolver os problemas (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994). A dor, o medo de sentir dor e a catastrofização da dor frente aos procedimentos odontológicos, inclusive em relação a tomar anestesia, levam a respostas de desamparo ou fuga, como reações à percepção de ameaça à NPB de competência.

A NPB de autonomia se refere à possibilidade de agir em conformidade com suas crenças; assim, quando o indivíduo percebe sua autonomia ameaçada tende a apresentar respostas de submissão e oposição. Quando há a percepção do estressor como um desafio à autonomia, o indivíduo tende a responder com acomodação e negociação (Skinner et al., 2003; Skinner &

Wellborn, 1994). Situações como ser obrigado pelos pais a ir ao consultório odontológico, não poder abrir a boca ou falar, sentir que a privacidade foi invadida podem ser interpretados como uma ameaça à NPB de autonomia, levando a respostas de *coping* menos adaptativas, como fazer oposição e recusar-se a abrir a boca. A satisfação da NPB de autonomia no contexto odontológico foi pesquisada por Halvari et al. (2019) por meio de um ensaio clínico randomizado. Essa pesquisa avaliou metas de mudança de comportamento proposital em relação aos cuidados e melhoria da saúde bucal, como a redução de placas e de gengivites, com medidas antes e logo após a intervenção, em um período de 5,5 meses. Foi usada uma amostra de 138 estudantes da Universidade de Oslo ( $M_{idade}=23,31 \pm 3,5$ ), divididos em dois grupos em uma clínica odontológica. Os autores partiram da premissa de que os profissionais de saúde oral podem dar suporte à autonomia de seus pacientes, sendo empáticos, encorajando sua iniciativa, apoiando possibilidades de escolha e sendo responsivos às ideias, perguntas e iniciativas. Foram avaliadas a percepção de apoio à autonomia e o bem-estar psicológico, a incidência de placa dental e de gengivite. O grupo que passou pela intervenção apresentou um aumento do comportamento de autocuidados de higiene oral e de consultas odontológicas. A intervenção foi preditiva para o apoio percebido da autonomia medido logo após a intervenção, bem como para a redução na placa bacteriana dental e a gengivite. São esses alguns exemplos de intervenções não-farmacológicas e de humanização do tratamento e que facilitam a adesão ao tratamento odontológico, entre as quais está a promoção do *coping* (Townsend & Randall, 2021).

### **O Coping em uma Perspectiva Desenvolvimentista**

As respostas de *coping* se desenvolvem de forma sequencial ao longo da vida e resultam de um conjunto de sistemas agindo em conjunto - os sistemas neurofisiológico, psicológico e motor - através da diferenciação e coordenação. Cada novo aprendizado de estratégias de *coping* acrescenta e influencia a anterior, segundo Skinner e Zimmer-Gembeck (2016).

Na idade escolar, até os 10 anos de idade, as crianças realizam ações diretas voluntárias, com

foco no problema, desenvolvendo essa competência. A partir de seis anos de idade, conseguem representar processos de *coping* no plano mental, usando com frequência a *distração* e a *fuga mental*. Os correguladores (pais, professores, profissionais da saúde) devem apoiar os esforços de *coping* nesse período. A partir da pré-adolescência (9-11 anos), o indivíduo consegue ir além do *coping* mental, usando estratégias metacognitivas, sendo capaz de inibição, alternância, flexibilidade cognitiva, planejamento, automonitoramento e avaliação (detectar e corrigir o erro), segundo Musso (2009). Conseguem, assim, fazer avaliações mais completas, incluindo a compreensão do outro, melhoram o *coping* centrado na emoção e focalizado na solução de problemas, pois conseguem entender a causa e a consequência das emoções de forma mais precisa. Apesar de conseguirem realizar uma autorregulação mais proativa, os correguladores devem ainda realizar lembretes de *coping* (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Segundo Ferreira et al. (2005), na idade escolar, os pais prestam um apoio mais generalizado, enquanto irmãos, outros familiares, amigos, professores prestam um apoio mais especializado, confirmando o papel de corregulador geral dos pais. Apesar da *busca de suporte social* ser a estratégia de enfrentamento mais utilizada ao longo do curso de vida, existe um declínio na busca de apoio dos adultos dos quatro aos 12 anos, seguido por um aumento da busca de apoio dos pares na adolescência. Dos 14 aos 16 anos, o *coping* passa a ser baseado em valores pessoais, ficando os correguladores com o papel de fazer um *coping* de apoio (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Além das diferenças em relação à idade, no estudo realizado por Connor-Smith et al. (2000) com adolescentes entre 11 e 18 anos, foram encontradas diferenças significativas entre os gêneros. As meninas apresentaram maiores médias de solução de problemas, expressão emocional e excitação fisiológica, e os meninos apresentaram maiores médias de reestruturação cognitiva, regulação emocional, aceitação, distração, entorpecimento emocional e fuga. Esses autores consideram as respostas voluntárias

(*coping*) e involuntárias ao estresse ao analisar e avaliar o enfrentamento de estressores em crianças e adolescentes. Essas diferenças de idade, contudo, não foram identificadas no estudo de Meurs et al. (2005) em relação ao tipo de estratégias de enfrentamento usadas por crianças no contexto odontológico, aplicando o *Dental Cope Questionnaire*, adaptado do Kidcope.

Especificamente no contexto odontológico, existem escalas que foram usadas para avaliar a ansiedade e o *coping*, conforme levantado em revisões sistemáticas da área (Alshoraim et al., 2018; Cianetti et al., 2017; Tambellini & Gorayeb, 2003). Contudo, sob uma perspectiva desenvolvimentista e de autorregulação, Skinner et al. (2003) consideram ser uma escala mais adequada, em termos teóricos e metodológicos, a *Response to Stress Questionnaire* (RSQ) (Connor-Smith et al., 2000). A versão dessa escala adaptada neste estudo para consultas odontológicas, a *RSQ-Dental Appointments* (RSQ-DA), possibilita verificar padrões de enfrentamento relacionados à idade, bem como avaliar a função das mudanças do desenvolvimento no uso específico de estratégias de enfrentamento.

## Método

Realizou-se um estudo descritivo e correlacional, com delineamento transversal. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da universidade (CAAE: 88920318.6.0000.5481), seguindo todas as normas éticas em pesquisa.

## Participantes

Uma amostra de conveniência foi composta por 30 participantes ( $M_{idade}=11,07 \pm 1,9$ ), sendo 21 pré-adolescentes (9 a 11 anos) e nove adolescentes (12 a 15 anos), a maioria meninos (66,7%). Os participantes eram pacientes da clínica-escola de uma universidade confessional de uma cidade de grande porte do Estado de São Paulo, Brasil.

Os responsáveis pelos pacientes eram, na maioria, do sexo feminino (83,3%), mães (70%), casados/união estável (53,3%), de religião católica (66,7%), com Ensino Médio incompleto ou completo (50%) e com emprego (93,3%). A classe socioeconômica das famílias (classe C2) inclui,

por exemplo, empregadas domésticas, cozinheiros, garçons, funcionários de lojas varejistas e pedreiros - com salário mensal de quatro a 10 salários-mínimos brasileiros (SM=R\$ 998, equivalendo a US\$ 257, em 2019), de acordo com a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (ABEP, 2018).

Os critérios de inclusão na amostra foram: (a) paciente com idade entre 9 e 15 anos; (b) capacidade de compreender as instruções para responder os instrumentos; e (c) assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo responsável e do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido pelo participante menor de idade. O critério de exclusão da amostra foi a desistência do tratamento odontológico ou da pesquisa, a qualquer momento, mas nenhum participante foi excluído da amostra.

## Instrumentos

### Protocolo de Caracterização dos Participantes.

Foi utilizado o formulário de avaliação de nível socioeconômico pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da ABEP (2018), composto por questões relacionadas às seguintes características: nível educacional do chefe de família, bens de consumo, acesso à informação via TV, *notebook*, rádio, acesso à água encanada e energia elétrica. Este instrumento foi preenchido pelo responsável que compareceu à consulta como acompanhante do menor.

**Response to Stress Questionnaire – Dental Appointments (RSQ-DA)/ Questionário de Respostas ao Estresse de Consultas Odontológicas (Apêndice A) (Connor-Smith et al., 2000).** É composto por dois conjuntos de itens. O primeiro conjunto contém uma lista de 10-12 estressores; o respondente é instruído a assinalar: (a) o quanto cada situação o estressa, em uma escala de quatro pontos (1=*nunca*; 2=*às vezes*; 3=*quase sempre*; 4=*sempre*), e (b) em uma escala semelhante, o quanto acredita ter controle daquela situação estressora. Este conjunto de 10 itens foi especialmente elaborado no presente estudo, com a autorização dos autores originais, uma vez que não havia uma versão específica para o estresse relacionado a consultas odontológicas.

O segundo conjunto de itens contém 57 questões respondidas em uma escala de quatro

pontos (1=*nada* a 4=*muito*) sobre a frequência com que apresentam uma estratégia de enfrentamento ou uma resposta involuntária ao estresse. Em dois itens (i3 e i24), o participante deve também escrever informações adicionais sobre uma estratégia específica de enfrentamento que tenha utilizado. No RSQ-DA, esses 57 itens foram mantidos na forma original, sendo feita somente a tradução para o português brasileiro e a retrotradução para o inglês, em processo aprovado pelos autores.

O RSQ-DA contém cinco fatores que agrupam as estratégias de enfrentamento (três fatores) e as respostas de estresse (dois fatores), cada qual com três itens (Connor-Smith et al., 2000). Os três fatores relacionados a respostas voluntárias, ou seja, respostas sob o controle volitivo do indivíduo são:

i. Engajamento por *Coping* de Controle Primário (9 itens): refere-se à orientação da resposta voltada diretamente para a alteração de condições objetivas, como o estressor ou a resposta emocional, por meio da aproximação do evento ou agente estressor. Nesse fator, estão incluídas as categorias *resolução de problemas*, *regulação emocional* e *expressão emocional*;

ii. Engajamento por *Coping* de Controle Secundário (12 itens): também com uma tendência de aproximação ao evento ou agente estressor, mas agora focado na adaptação ao problema. As categorias aqui incluídas são *distração*, *aceitação*, *reestruturação cognitiva* e *pensamento positivo*;

iii. Desengajamento (9 itens): diferentemente dos dois primeiros fatores, este leva a um afastamento ou evitação do agente estressor, ou a um desligamento afetivo da situação. As categorias consideradas são *esquiva/evitação*, *negação*, e *pensamento mágico/fantástico*.

Além dos três fatores voluntários, há dois fatores que agrupam respostas involuntárias de estresse, ou seja, respostas automáticas, das quais o indivíduo pode ou não ter consciência, mas não estão sob seu controle volitivo:

iv. Engajamento Involuntário (15 itens): a tendência é se envolver com o estressor através das cinco categorias que compõem esse fator: *excitação emocional*, *excitação fisiológica*, *pensamentos intrusivos*, *ruminação* e *ações involuntárias/impulsivas*;

v. Desengajamento Involuntário (12 itens): leva ao afastamento do estressor, com respostas nas categorias de *entorpecimento emocional*, *interferência cognitiva*, *paralisação* e *fuga*.

O RSQ-DA aplicado neste estudo obteve índices de consistência interna do alfa de Cronbach de .85 para todos os itens do instrumento em conjunto, sendo valores superiores a .70, considerados satisfatórios (Damásio, 2012). Os maiores valores foram para o escore total ( $\alpha=.958$ ), seguido para duas escalas de respostas de estresse involuntárias – Engajamento Involuntário e Desengajamento Involuntário ( $\alpha=.894$  para ambas), depois pelo Engajamento por *Coping* de Controle Primário ( $\alpha=.805$ ); Engajamento por *Coping* de Controle Secundário ( $\alpha=.794$ ) e Desengajamento ( $\alpha=.720$ ).

### Procedimentos Gerais

O *Response to Stress Questionnaire – Dental Appointments (RSQ-DA)* (Connor-Smith et al., 2000) utilizado neste estudo passou por procedimento de adaptação cultural, com autorização dos autores originais. Como dito anteriormente, foi preciso elaborar o primeiro conjunto de itens do RSQ-DA relativo aos estressores. Foi realizado, então, um levantamento na literatura sobre os principais fatores de estresse odontológico e com três profissionais de Odontopediatria e três pacientes da clínica-escola. A lista final com 10 estressores foi avaliada por três profissionais da área de Odontopediatria e três psicólogos especialistas em *coping* e desenvolvimento infantil, tendo apresentado similaridades entre itens coletados. Esses itens foram traduzidos para o inglês por dois tradutores independentes. A equipe de pesquisadores sintetizou as traduções em uma única versão, seguindo orientação sugerida por Pasquali (2010). Após avaliação pelos autores originais e após pequenos ajustes na linguagem foram novamente traduzidos para o português brasileiro. O mesmo processo foi feito em relação aos demais 57 itens do instrumento, que foram traduzidos do inglês para o português brasileiro.

Constituiu-se, assim, a primeira versão preliminar do RSQ-DA em português, que foi aplicada em um estudo-piloto com seis pacientes (9 a 15 anos) da clínica-escola, para certificar a compreensão dos participantes. Após o estudo-

piloto, um terceiro tradutor independente fez a retrotradução para o inglês para que os autores originais fizessem suas considerações. As modificações sugeridas pelos autores originais foram incorporadas e novo estudo-piloto realizado com três pacientes (9 a 15 anos) da clínica, para a corroboração da versão final em português.

A coleta de dados foi feita no período de outubro a dezembro de 2018, no saguão de espera da clínica-escola de Odontologia da universidade. O contato com o paciente foi feito no momento de sua chegada à clínica. A pesquisadora abordava o paciente acompanhado de seu responsável, apresentavam-se e ao estudo, seus respectivos termos de consentimento e assentimento em papel, que eram assinados nesse momento, e as condições para a participação no estudo.

O responsável pelo paciente preenchia com caneta o protocolo sociodemográfico. Caso apresentasse dificuldades de entendimento ou no preenchimento, a pesquisadora lia e anotava a resposta, sendo que esse preenchimento levava, em média, 20 minutos.

O RSQ/DA foi aplicado individualmente nos pré-adolescentes e adolescentes pela pesquisadora que lia as instruções de preenchimento. O participante respondia à caneta as questões da escala, tendo as dúvidas de preenchimento ou compreensão resolvidas pela pesquisadora. O preenchimento levava, em média, 35 minutos.

### Análise de Dados

Para analisar a consistência interna dos fatores do RSQ-DA, foi usado o coeficiente alfa de Cronbach. Foi realizada análise exploratória dos dados por meio de medidas-resumo (frequência e porcentagem; média e desvio padrão; mediana, mínimo e máximo). A comparação dos fatores do RSQ-DA com a idade da amostra foi avaliada pelo teste de Mann-Whitney. As diferenças de sexo nos fatores do RSQ-DA foram avaliadas através do teste *t*; e as diferenças entre os motivos da consulta, pela ANOVA, seguida do teste de comparações múltiplas de Tukey; entre as faixas etárias, pelo teste de Mann-Whitney.

**Tabela 1.** Estressores e níveis de estresse de consultas odontológicas em uma amostra de pré-adolescentes e adolescentes brasileiros (N=30)

Eventos estressores <sup>(a)</sup> (RSQ-DA)	Nunca (1) n (%)	Às vezes (2) n (%)	Quase sempre (3) n (%)	Sempre (4) n (%)	Média (DP)	Mediana [mín.-máx.]
1. Dor dos procedimentos.	15 (50,0)	11 (36,7)	2 (6,7)	2 (6,7)	1,7 (± 0,9)	1,5 [1 - 4]
2. Tomar anestesia.	18 (60,0)	4 (13,3)	5 (16,7)	3 (10,0)	1,8 (± 1,1)	1,0 [1 - 4]
3. Ter que ir ao consultório de dentista.	23 (76,7)	4 (13,3)	2 (6,7)	1 (2,2)	1,4 (± 0,8)	1,0 [1 - 4]
4. O dentista limpar e raspar meus dentes.	20 (66,7)	7 (23,3)	0 (0,0)	3 (10,0)	1,5 (± 0,9)	1,0 [1 - 4]
5. O barulho dos equipamentos de dentista.	17 (56,7)	6 (20,0)	3 (10,0)	4 (13,3)	1,8 (± 1,1)	1,0 [1 - 4]
6. Ter que parar ou reduzir uma atividade que eu gosto.	9 (30,0)	7 (23,3)	3 (10,0)	11 (36,7)	2,5 (± 1,3)	2,0 [1 - 4]
7. Sentir que a minha privacidade foi invadida.	16 (53,3)	7 (23,3)	3 (10,0)	4 (13,3)	1,8 (± 1,1)	1,0 [1 - 4]
8. Não conseguir falar.	11 (36,7)	7 (23,3)	3 (10,0)	9 (30,0)	2,3 (± 1,3)	2,0 [1 - 4]
9. Ter um estranho olhando e cutucando a minha boca.	11 (36,7)	10 (33,3)	2 (6,7)	7 (23,3)	2,2 (± 1,2)	2,0 [1 - 4]
10. Dentistas que são irritados ou bravos.	18 (60,0)	7 (23,3)	2 (6,7)	3 (10,0)	1,7 (± 1,0)	1,0 [1 - 4]
Total (média dos estressores)	163 (16,3)	70 (7,0)	25 (2,5)	44 (4,4)	18,7 (± 1,8)	-
Nível de controle dos estressores percebido	2 (6,7)	8 (26,7)	13 (43,4)	7 (23,3)	2,8 (± 0,9)	3,0 [1 - 4]

Nota. (a) Estressores elaborados no presente estudo; RSQ-DA=Response to Stress Questionnaire-Dental Appointments (Connor-Smith et al., 2000).

## Resultados

### Estressores da Consulta Odontológica

O nível de estresse foi baixo ( $M=1,87$  em uma escala de 1 a 4 pontos), sendo indicativo de prevalência de respostas “nunca” e “às vezes”. Os estressores mais frequentes foram: i6. “Ter que parar ou reduzir uma atividade que eu gosto” para ir à consulta odontológica, i8. “Não conseguir falar”, e i9. “Ter um estranho olhando e cutucando a minha boca”; a menor média foi para i3. “Ter que ir ao consultório do dentista”. Mais da metade dos participantes ( $n=20$ ; 52,63%) achavam que têm controle da situação “quase sempre” e “sempre” (Tabela 1).

### Coping e Respostas de Estresse de Consultas Odontológicas

Entre os cinco fatores avaliados pelo RSQ-DA, o Coping de Controle Secundário apresentou os maiores valores, mostrando o esforço para se adaptar à situação, com destaque para a estratégia de enfrentamento de *aceitação*. O Engajamento Involuntário apresentou os segundos maiores valores, representando o engajamento automático com estressor, com respostas de *ruminação*,

*pensamentos intrusivos*, *excitação fisiológica*, *excitação emocional* e *ação involuntária/impulsiva*, sendo que todas apresentaram os mesmos valores. O Desengajamento apresentou o menor valor, ou seja, pouca tendência a se afastar do estressor, com destaque para o baixo escore da estratégia de *evitação* (Tabela 2).

Analisando-se separadamente os itens do RSQ-DA, observa-se a prevalência de *busca de suporte emocional* junto aos pais, como forma de *expressão emocional*. O i32. “Eu recebo compaixão, compreensão e apoio de alguém” ( $M=3,07 \pm 0,94$ ) apresentou o menor valor, sendo parte da *regulação emocional*. Ambos os itens são exemplos de Coping de Controle Primário. Os outros dois itens com menor valor fazem parte da estratégia de enfrentamento de *aceitação* (Coping de Controle Secundário): i29. “Eu apenas levo as coisas como elas são” ( $M=2,67 \pm 1,15$ ) e i13. “Cheguei à conclusão de que devo viver com as coisas como elas são” ( $M=2,53 \pm 1,17$ ). Também foram frequentes as respostas de Coping de Controle Secundário, em que o participante procura um algum tipo de estratégia de *distração* que possa ajudá-lo a lidar com o evento estressor,

Tabela 2. Coping e respostas de estresse de consultas odontológicas em uma amostra de pré-adolescentes e adolescentes brasileiros (N=30)

RSQ-DA		Escore Bruto	Escore Ponderado
Tipos de respostas ao estresse (57 itens)		Média (DP)	Média proporcional (DP)
<i>Coping</i> de Controle Primário (9 itens)		19,6 (± 5,6)	0,19 (± 0,03)
	Resolução de problemas	5,5 (± 2,4)	0,05 (± 0,01)
	Regulação emocional	6,3 (± 2,0)	0,06 (± 0,01)
	Expressão emocional	7,8 (± 2,2)	0,08 (± 0,02)
<i>Coping</i> de Controle Secundário (12 itens)		27,2 (± 8,2)	0,26 (± 0,03)
	Pensamento positivo	6,0 (± 2,6)	0,06 (± 0,01)
	Reestruturação cognitiva	6,7 (± 2,2)	0,06 (± 0,01)
	Aceitação	7,9 (± 3,0)	0,08 (± 0,03)
	Distração	6,6 (± 2,5)	0,06 (± 0,02)
Desengajamento (9 itens)		15,2 (± 5,8)	0,14 (± 0,03)
	Evitação	4,2 (± 2,1)	0,04 (± 0,01)
	Negação	5,2 (± 2,4)	0,05 (± 0,02)
	Pensamento mágico/fantasiioso	5,8 (± 2,2)	0,06 (± 0,02)
Média de categorias de respostas voluntárias		20,7	0,29
Engajamento Involuntário (15 itens)		25,8 (± 8,5)	0,24 (± 0,03)
	Ruminação	5,1 (± 2,5)	0,05 (± 0,01)
	Pensamentos intrusivos	4,9 (± 2,0)	0,05 (± 0,01)
	Excitação fisiológica	5,5 (± 2,1)	0,05 (± 0,01)
	Excitação emocional	5,1 (± 1,7)	0,05 (± 0,02)
	Ação involuntária (impulsiva)	5,1 (± 2,1)	0,05 (± 0,01)
Desengajamento Involuntário (12 itens)		18,7 (± 7,3)	0,17 (± 0,03)
	Entorpecimento emocional	4,8 (± 2,4)	0,04 (± 0,01)
	Interferência cognitiva	4,6 (± 2,3)	0,04 (± 0,01)
	Paralisação	4,7 (± 2,0)	0,04 (± 0,01)
	Fuga	4,5 (± 2,0)	0,04 (± 0,01)
Média de categorias de respostas involuntárias		22,3	0,20
Média Total		21,5	-

Nota. As respostas variam de 1=*nunca*, 2=*às vezes*, 3=*quase sempre*, 4=*sempre*, sendo a base para o cálculo da média proporcional, a qual é usada para comparação entre os fatores do RSQ-DA. A soma para cada participante é 1, portanto, à medida que o escore de um fator aumenta, os demais escores diminuem. RSQ-DA=*Response to Stress Questionnaire – Dental Appointments* (Connor-Smith et al., 2000).

com prevalência de respostas “ouvindo música” (i20 e i45) e “assistir televisão” (i43).

### Diferenças no *Coping* do Estresse de Consultas Odontológicas por Faixa Etária

Visando a melhorar a compreensão da influência do desenvolvimento e aprendizado de estratégias de enfrentamento nas diferentes idades da amostra, para efeito de análise dos dados, foi feita uma análise separando dois grupos etários: um de pré-adolescentes, com idade entre 9 e 11 anos, e um segundo grupo com adolescentes entre 12 e 15 anos.

Ambos os grupos apresentaram maiores médias em *Coping* de Controle Secundário, mais adaptativo, que inclui *distração*, *aceitação*, *reestruturação cognitiva* e *pensamento positivo*, e as menores médias ocorreram em Desengajamento, o qual inclui *evitação*, *negação* e *pensamento mágico/fantasiioso*, relacionados a respostas menos adaptativas. Essa amostra apresentou, assim, um perfil de respostas mais adaptativo. Por outro lado, o Engajamento Involuntário, que inclui respostas

de *ruminação*, *pensamentos intrusivos*, *excitação fisiológica* e *emocional*, e *ação involuntária*, apresentou o segundo conjunto de médias maiores, as quais foram próximas para ambos os grupos de idade. Observa-se, assim, um padrão semelhante de respostas involuntárias, independentemente da idade (Tabela 3).

Comparando os grupos, observou-se que os adolescentes entre 12-15 anos de idade obtiveram maiores médias de respostas mais adaptativas, de *Coping* Primário e Secundário, diferenciando-se significativamente dos pré-adolescentes no *Coping* de Controle Secundário. Este tipo de *coping* inclui respostas mais adaptativas quando não é possível lidar diretamente com o estressor, como é o caso do tratamento odontológico. Nesta faixa etária mais velha, houve também menos respostas de estresse mal adaptativas (engajamento e desengajamento involuntários) do que nos pré-adolescentes, apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas (Tabela 3).



Tabela 3. Coping e respostas de estresse de consultas odontológicas, por faixa etária (N=30)

RSQ-DA	Idade (anos)	N	Mediana (Mín.-Máx.)	Média (DP)	*p-valor
Coping de Controle Primário	9-11	21	17,0 [12 - 30]	18,9 ( $\pm$ 4,9)	.319
	12-15	9	19,0 [14 - 32]	21,4 ( $\pm$ 7,0)	
Coping de Controle Secundário	9-11	21	24,0 [15 - 41]	25,8 ( $\pm$ 7,7)	*.008
	12-15	9	31,0 [20 - 42]	30,5 ( $\pm$ 8,9)	
Desengajamento	9-11	21	13,0 [10 - 34]	15,7 ( $\pm$ 6,2)	.103
	12-15	9	13,0 [10 - 26]	14,2 ( $\pm$ 5,1)	
Respostas involuntárias de estresse					
Engajamento Involuntário	9-11	21	24,0 [15 - 43]	25,6 ( $\pm$ 8,2)	.593
	12-15	9	22,0 [16 - 47]	26,2 ( $\pm$ 9,8)	
Desengajamento Involuntário	9-11	21	17,0 [12 - 38]	18,9 ( $\pm$ 7,5)	.123
	12-15	9	13,0 [12 - 32]	18,3 ( $\pm$ 8,2)	

Nota: \* $p < .01$  = significativo pelo teste de Mann-Whitney; RSQ-DA = *Response to Stress Questionnaire - Dental Appointments* (Connor-Smith et al., 2000).

### Diferenças no Coping do Estresse de Consultas Odontológicas por Sexo

As respostas de meninos e meninas ao RSQ-DA seguiram a tendência geral da amostra, com maiores médias de Coping de Controle Secundário ( $M_{meninas} = 27,9 \pm 8,2$ ;  $M_{meninos} = 26,9 \pm 8,4$ ) e menores médias para Desengajamento ( $M_{meninas} = 16,8 \pm 7,9$ ;  $M_{meninos} = 14,5 \pm 4,5$ ). Apesar das meninas apresentarem média marginalmente maiores em todos os fatores do RSQ-DA, não houve diferenças significativas entre os sexos ( $p < .05$ ).

### Diferenças de Estresse e Coping Relacionadas ao Motivo da Consulta Odontológica

Os pacientes da amostra foram encaminhados para a clínica-escola principalmente para avaliação odontológica (43,33%), profilaxia (limpeza dos dentes, por exemplo) (23,33%) e para fazer curativos (20%). Em todos os tipos de consultas, o Coping de Controle Secundário foi o mais frequente e o Desengajamento foi o menos frequente (Tabela 4).

Os motivos da consulta geraram o mesmo padrão de respostas, seja voluntária ou involuntária, de coping mais adaptativo ou menos adaptativo – as médias seguiram uma ordem decrescente do procedimento mais invasivo ou mais ameaçador para o menos invasivo ou ameaçador: M4,5,6-bruxismo/extração/restauração; M3 – fazer curativo; M1 – avaliação; M2 – profilaxia. Em outros termos, seja qual for o motivo da consulta ao profissional de saúde oral é acionado todo o sistema de enfrentamento da pessoa (Tabela 4).

Nos casos de bruxismo (M4), extração (M5) ou restauração (M6), cujo atendimento é mais

invasivo, observou-se as maiores médias, com destaque para o Coping de Controle Secundário e o Engajamento Involuntário. Ou seja, procedimentos com maior expectativa de dor geram, tanto respostas voluntárias, principalmente de *aceitação* e *reestruturação cognitiva*, como respostas involuntárias de estresse, como a *excitação fisiológica* (Tabela 4).

A consulta odontológica para fazer curativo no dente (M3) apresentou a segunda maior média no RSQ-DA, com destaque para o Coping de Controle Secundário e menor média em Desengajamento (Tabela 4). Ter que fazer uma avaliação odontológica (M1), motivo mais frequente das consultas, apresentou a maior média em Coping de Controle Secundário, seguido de Engajamento Involuntário, que inclui respostas de *excitação fisiológica* e *emocional* e *ruminação*, por exemplo. Em outros termos, ter que ir ao consultório odontológico para avaliar a saúde oral gera um misto de respostas adaptativas, que levam a uma menor resistência em ir ou participar da consulta odontológica, mas produz também reações de estresse involuntárias.

Ter que fazer profilaxia (M2), que é menos invasivo, gerou as menores médias no RSQ-DA, sendo a maior em Engajamento Involuntário e a menor em Desengajamento. Em outros termos, é um tipo de atendimento que gera respostas involuntárias de estresse, mas há uma menor tendência de afastamento por parte desses pacientes. Apesar dessas diferenças em relação ao tipo de respostas, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os fatores do RSQ-DA e os motivos da consulta (Tabela 4).

Tabela 4. Coping e respostas de estresse de consultas odontológicas, segundo motivo da consulta (N=30)

RSQ-DA	Motivo da Consulta	N	Mediana (Mín.-Máx.)	Média (DP)	*p-valor
Coping de Controle Primário			-	20,1	
	M1 - Avaliação	13	17,0 [12 - 32]	18,7 (± 6,2)	.066
	M2 - Profilaxia	7	16,0 [14 - 25]	17,5 (± 3,8)	
	M3 - Curativo	6	23,0 [18 - 31]	23,3 (± 4,9)	
	M4,5,6 - Bruxismo, Extração ou Restauração	4	20,5 [15 - 28]	21,0 (± 6,0)	
Coping de Controle Secundário			-	28,4	
	M1 - Avaliação	13	24,0 [15 - 41]	26,1 (± 7,9)	.371
	M2 - Profilaxia	7	21,0 [17 - 27]	21,3 (± 3,2)	
	M3 - Curativo	6	31,0 [19 - 42]	31,1 (± 7,7)	
	M4,5,6 - Bruxismo, Extração ou Restauração	4	39,0 [22 - 41]	35,2 (± 8,9)	
Desengajamento			-	15,4	
	M1 - Avaliação	13	13,0 [10 - 34]	16,1 (± 7,5)	.466
	M2 - Profilaxia	7	12,0 [11 - 15]	12,4 (± 1,2)	
	M3 - Curativo	6	13,0 [10 - 24]	14,5 (± 4,8)	
	M4,5,6 - Bruxismo, Extração ou Restauração	4	19,0 [12 - 24]	18,5 (± 5,0)	
Média de respostas voluntárias		30		21,3	
Engajamento Involuntário			-	26,5	
	M1 - Avaliação	13	23,0 [16,0 - 41,0]	25,9 (± 8,0)	.620
	M2 - Profilaxia	7	22,0 [16,0 - 31,0]	21,7 (± 5,1)	
	M3 - Curativo	6	24,0 [19,0 - 43,0]	26,3 (± 8,5)	
	M4,5,6 - Bruxismo, Extração ou Restauração	4	33,0 [15,0 - 47,0]	32,0 (± 13,5)	
Desengajamento Involuntário			-	19,2	
	M1 - Avaliação	13	14,0 [12,0 - 38,0]	18,8 (± 8,2)	.700
	M2 - Profilaxia	7	13,0 [12,0 - 18,0]	14,1 (± 2,1)	
	M3 - Curativo	6	16,5 [12,0 - 35,0]	21,0 (± 9,9)	
	M4,5,6 - Bruxismo, Extração ou Restauração	4	23,5 [17,0 - 29,0]	23,2 (± 5,3)	
Média de respostas involuntárias		30	-	22,9	

Nota. \* $p < .05$  = significativo pelo teste de Mann-Whitney; RSQ-DA = Questionário de Respostas ao Estresse de Consultas Odontológicas (Apêndice A) (Connor-Smith et al., 2000).

## Discussão

Este estudo identificou os principais estressores relacionados à consulta odontológica e seu enfrentamento em 30 participantes, sendo 21 pré-adolescentes e nove adolescentes, com base em uma escala geral que, com autorização dos autores, foi adaptada para esse contexto e população - o *Response to Stress Questionnaire - Dental Appointments* (RSQ-DA) (Connor-Smith et al., 2000). Esta escala e seus fatores obtiveram índices satisfatórios de confiabilidade ( $\alpha > .70$ ), mostrando sua adequação para uso na população em português brasileiro.

A maioria dos participantes se percebeu como tendo controle da situação “quase sempre”, considerando os estressores apresentados. Coerentemente, os níveis de estresse em relação aos eventos estressores identificados foram baixos.

Essa percepção de autoeficácia e controle corresponderam às respostas dadas no RSQ-DA, especialmente no *Coping* de Controle Secundário, que apresentou a maior média proporcional. Esse esforço para se adaptar à situação ocorre quando não é possível lidar diretamente com o agente estressor, o que é esperado nesse contexto em que o paciente não tem muita autonomia (Connor-Smith et al., 2000). Em outros termos, é um controle relacionado mais à regulação emocional, por meio da resignificação e aceitação da situação, dada a falta de autonomia nesse contexto de consulta odontológica.

Essa autorregulação emocional, porém, é delicada, pois compete com respostas involuntárias de estresse, relacionadas ao engajamento involuntário, o qual apresentou a segunda maior média proporcional nesta amostra, com respostas de *ruminação*, *pensamentos*

*intrusivos, excitação fisiológica, excitação emocional e ação involuntária* (impulsiva). Houve alta prevalência desse tipo de respostas em mais de um terço da amostra (36,7%), que relataram sentir alterações físicas involuntárias. Essas respostas involuntárias parecem exacerbadas diante dos motivos das consultas odontológicas desta amostra, que se concentraram em fazer avaliações odontológicas, limpeza e curativos orais. Assim, a percepção de controle da situação por parte dos participantes parece referir-se apenas à sua capacidade de aceitar o que lhes é imposto. Nesse ponto, ao sentir a NPB de autonomia ameaçada, os pré-adolescentes e adolescentes podem reagir minimizando a importância dos estressores (Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016), contudo, as reações psicofisiológicas, no presente caso, continuaram presentes. Pode-se aqui considerar que, apesar das respostas mais frequentes serem de *aceitação*, as reações involuntárias, como a *ruminação*, são típicas de *submissão* (Skinner et al., 2003). Essa ambiguidade sugere que os participantes oscilaram entre perceber a situação ora como um desafio à NPB de autonomia, apresentando estratégias de *aceitação*, ora como uma ameaça, reagindo com reações de *submissão*.

Essa falta de autonomia no contexto de consultas odontológicas pode, assim, ser percebida pelos adolescentes como um desafio ou ameaça, caracterizando assim os eventos relacionados como estressantes por si só, pois limitam a possibilidade de fazer escolhas e agir conforme acredita ser a melhor forma naquele momento (Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016). Nesse sentido, é coerente o fato de os participantes considerarem mais estressante ter que parar ou reduzir alguma atividade que gostam para ir à consulta odontológica, e não conseguir falar durante o atendimento, além de ter um estranho mexendo na sua boca. Esses tipos de estressores, se percebidos com um desafio, levam à busca de respostas adaptativas relacionadas à cooperação e ao comprometimento com o tratamento. Assim, é compreensível observar que a estratégia de enfrentamento mais frequentemente relatada pelos participantes foi a de *aceitação*. Fato positivo é que esta é uma resposta adaptativa e associada ao

fato de perceberem o contexto mais como um desafio do que uma ameaça à sua autonomia (Skinner et al., 2003; Skinner & Wellborn, 1994; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016).

A capacidade de *aceitação* foi maior nos participantes mais velhos, os quais se diferenciaram significativamente dos mais novos no *Coping* de Controle Secundário. Apesar das diferenças de sexo apontadas na literatura da área (Connor-Smith et al., 2000), que apresentam meninas com padrões de respostas mais ansiosos do que meninos, no caso do presente estudo, não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos nas respostas ao *RSQ-DA*.

Corroborando a perspectiva da TMC, observou-se que, embora este estudo tenha apontado poucas diferenças entre pré-adolescentes e adolescentes na forma de lidar com os estressores da consulta odontológica, é importante ressaltar que elas ocorrem em função de seu desenvolvimento neurofisiológico, cognitivo-linguístico e social, conseguindo usar mais estratégias metacognitivas, o que permite analisar de forma mais abrangente a situação, além de melhor regular a emoção, podendo, assim, o adolescente voltar-se mais para a solução de problemas (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Uma menor frequência de estratégias de *Coping* de Controle Secundário observada nos pré-adolescentes, que são mais novos, é esperada em termos desenvolvimentais, pois nessa idade eles tendem a realizar ações mais diretas, voltadas à solução do problema (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), o que é mais difícil nesse contexto odontológico. Eles apresentam, porém, possibilidades de *coping* de distração e fuga mental (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2016), o que permite ao profissional de saúde oral recorrer ao uso de televisão, música, entre outros, para ajudar o paciente no enfrentamento desses estressores.

Esses resultados indicam a importância de uma perspectiva desenvolvimental no estudo dos processos de estresse-*coping*, e a necessidade de se buscar recursos não-farmacológicos que promovam um *coping* mais adaptativo no contexto do tratamento odontológico para essa faixa etária. Dentre eles, tem-se o uso da música e da televisão como recursos de distração, os quais foram indicados no *RSQ-DA* pelos participantes.

São recursos de custo relativamente baixo e de fácil implantação, que podem atender de maneira satisfatória diferentes faixas etárias. Além da música e a televisão, Bancalari e Oliva (2012) também sugerem métodos audiovisuais ou jogos, pois melhoram os níveis de ansiedade das crianças que vão passar por um procedimento odontológico. A revisão de Townsend e Randall (2021) indica, além da distração, outras técnicas cognitivo-comportamentais, como a respiração diafragmática e a dessensibilização sistemática como sendo efetivas para redução da “ansiedade/medo de dentista”.

Sejam os motivos das consultas odontológicas mais ou menos invasivos, observou-se que os participantes responderam especialmente por *Coping* de Controle Secundário e de forma menos frequente, em todos os tipos de consultas, o Desengajamento. Apresentaram, assim um *coping* mais adaptativo e adequado a uma situação em que têm pouca autonomia para alterar, seja procurando aceitar a situação, resignificando os estressores, possivelmente com pensamentos mais positivos, ou diminuindo a tendência a negar e evitar a situação, imaginando que o problema possa se resolver sozinho.

Esse foco na NPB de autonomia remete ao estudo de Halvari et al. (2019), que encontraram evidências das atitudes dos profissionais de saúde oral que promovem a autonomia terem impacto direto no aumento dos autocuidados com a saúde bucal e a consequente redução da placa bacteriana e da incidência de gengivite em jovens adultos. Os resultados desse estudo apontam para o potencial apresentado por ações voltadas à NPB de autonomia, como sendo efetivas para os desfechos positivos de saúde bucal. Assim, o profissional de saúde oral também tem um grande papel como corregulador emocional de seus pacientes e percebe-se que os procedimentos odontológicos têm grande influência na ansiedade, especialmente em pré-adolescentes e adolescentes. Esse profissional tem a responsabilidade de conduzi-los de forma adequada, para não causar danos psicológicos aos pacientes, lembrando que a conduta do paciente no ambiente odontológico pode ser influenciada pelas primeiras consultas. Se a criança não passar por experiências traumáticas e seu comportamento for adequadamente condicionado, ela estará mais

colaborativa nas consultas posteriores (Barasuol et al., 2016; Townsend & Randall, 2021).

Se o estudo de Halvari et al. (2019) ressalta o papel do profissional de saúde oral como corregulador do enfrentamento do estresse relacionado aos cuidados e tratamento dentário, a alta frequência relatada pelos participantes do presente estudo em relação à busca de suporte emocional junto aos pais mostra a importância do papel destes como correguladores também. Corroborando os estudos citados sobre a importância dos correguladores emocionais do pré-adolescente e do adolescente, encontraram-se neste estudo adolescentes que lidaram relativamente bem com seus estressores por terem correguladores que lhes forneciam bom suporte. Em situação de percepção de ameaça, como ocorre nesse contexto, a busca de suporte em pessoas significativas em termos de apego, é comum a todas as idades, em especial, na faixa etária mais nova (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Destaca-se o fato de que este dado é um indicador também da importância de conscientização da família sobre apoiar e instruir os filhos em relação a esses cuidados de saúde (Wu & Gao, 2018).

O tamanho pequeno da amostra, assim como a diferença de participantes entre as faixas etárias dos dois subgrupos, contudo, impedem a generalização dos dados. Os motivos das consultas, relacionados aos procedimentos menos invasivos ou dolorosos, são ligados à percepção de dor e ameaça, e provavelmente estão associados ao baixo nível de estresse percebido, levando à indicação de outros estudos que considerem essas variáveis. O autorrelato também pode ser uma variável que merece outros estudos observacionais nesse contexto.

Outra variável a ser considerada é o local do estudo – clínica-escola – onde o atendimento à população é realizado por alunos de graduação em Odontologia, supervisionados por seus professores especialistas em Odontopediatria. Em revisão sobre o tema, Moraes e Varella (2020) concluíram que os pacientes, no geral, se sentem seguros sendo atendidos por alunos. Autores como Santos et al. (2012) ponderam que, apesar do desenvolvimento de novas técnicas, os estudos que avaliam o medo e ansiedade de pacientes atendidos por alunos de graduação mostram que

os profissionais ainda precisam aperfeiçoar o manejo da dor e medo do paciente, humanizando o tratamento. Os alunos têm também que aprender a controlar a ansiedade, pois, quando transmitida, pode ser um fator causador ou agravante da ansiedade no paciente (Moraes & Varella, 2020). Outra variável a ser considerada no atendimento na clínica-escola é a especificidade de faixa etária de acordo com a disciplina ministrada em cada semestre, como Odontopediatria I e II. Nesse sentido, a coleta de testagem contou com maior número de pré-adolescentes, visto que a partir dos 12 anos os adolescentes já são incluídos no atendimento geral, pois a troca dentária está praticamente concluída. Exceção foi feita ao paciente desta amostra que, apesar de já ter 15 anos, ainda tenha dentes decíduos, os chamados “dentes de leite”.

### Conclusão

O estudo mostra que o contexto de consultas odontológicas, independentemente dos motivos para ir ao consultório, é estressante e aciona todo o sistema de respostas de enfrentamento, voluntárias e involuntárias, em pré-adolescentes e adolescentes. Apesar da alta percepção de controle da situação e do baixo nível de estresse percebido pela maioria dos participantes, o instrumento adaptado neste estudo (RSQ-DA) identificou respostas de engajamento involuntário, que demandam maior autorregulação fisiológica, emocional e cognitiva, processo que pouco favorece a diminuição do estresse e a recuperação do paciente.

Em contrapartida, esses pré-adolescentes e adolescentes da amostra concordaram com o tratamento, indo ao consultório odontológico, ao invés de adiar ou se esquivar ou fugir. Eles procuram expressar o que sentem e buscam suporte emocional, sem a necessidade de se isolar. Da mesma forma, os resultados obtidos demonstraram um padrão de *coping* mais adaptativo, especialmente entre os participantes mais velhos, que tendem a considerar que a situação não seja tão ameaçadora, dentro do sistema autorreferenciado/*self-system* da Teoria Motivacional do *Coping*, e passam a apresentar um *coping* mais adaptativo. Deduz-se, então, a

necessidade de ajustar os procedimentos na relação entre o profissional de saúde oral e o paciente para aqueles mais novos.

A análise sobre potenciais formas de minimizar os desfechos negativos provocados pelas reações emocionais e as respostas comportamentais pode auxiliar na busca por uma maior efetividade e aceitação do tratamento odontológico. Portanto, pode-se inferir que os resultados podem subsidiar as ações de profissionais da Odontologia e da Odontopediatria.

Metodologicamente, este estudo também contribui para o avanço da área de Avaliação Psicológica, com a validação linguística de um instrumento psicológico confiável para a identificação de eventos estressores e das respostas de *coping* relacionadas às consultas odontológicas. Além desta aplicação à Odontologia, contribui para o avanço teórico no estudo do *coping* em uma perspectiva desenvolvimentista, fornecendo dados sobre essa população na transição para a adolescência.

### Referências

- Alshoraim, M. A., El-Housseiny, A. A., Farsi, N. M., Felemban, O. M., Alamoudi, N. M., & Alandjani, A. A. (2018). Effects of child characteristics and dental history on dental fear: Cross-sectional study. *BioMed Central Oral Health*, 18,1-9.  
<https://doi.org/10.1186/s12903-018-0496-4>
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2018). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. ABEP.  
<http://www.abep.org/criterio-brasil>
- Bancalari, S. L., & Oliva, M. P. (2012). Efecto de la musicoterapia sobre los niveles de estrés de los usuarios internos de la clínica de odontología de la Universidad del Desarrollo. *International Journal of Odontostomatology*, 6, 189-193.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2012000200012>
- Barasuol, C. J., Busato, C. A., Felipak, P. K., & Menezes, J. V. N. B. (2016). Abordagem de pacientes com ansiedade ao tratamento odontológico no ambiente clínico. *Revista*

- Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas, 70, 76-81.  
[http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=0004-5276&lng=pt&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0004-5276&lng=pt&nrm=iso)
- Brasil, Ministério da Saúde. (2017). In *Programa Brasil Sorridente*.  
<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2010/12/brasil-entra-no-grupo-de-paises-com-baixo-indice-de-carie-na-populacao-diz-saude>
- Breinbauer, C., & Maddaleno, M. (2008). Nova abordagem para classificar os estágios de desenvolvimento do adolescente. In C. Breinbauer & M. Maddaleno (Orgs.), *Jovens: Escolhas de mudanças: Promovendo comportamentos saudáveis* (pp. 212-221). Roca.
- Cianetti, S., Lombardo, G., Lupatelli, E., Pagano, S., Abraha, I., Montedori, A., . . . Paglia, L. (2017). Dental fear/anxiety among children and adolescents. A systematic review. *European Journal of Pediatric Dentistry*, 18, 121-130.  
<https://doi.org/10.23804/ejpd.2017.18.02.07>
- Colares, V., Franca, C., Ferreira, A., Amorim Filho, H. A., & Oliveira, M. C. A. (2013). Dental anxiety and dental pain in 5- to 12-year-old children in Recife, Brazil. *European Archives of Paediatric Dentistry*, 14, 15-19.  
<https://doi.org/10.1007/s40368-012-0001-8>
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 976-92.  
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.68.6.976>
- Damáσιο, B. F. (2012). Uso da análise fatorial exploratória em Psicologia. *Avaliação Psicológica*, 11, 213-228.  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1677-0471&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1677-0471&lng=pt&nrm=iso)
- Ferreira, A. I. F., Canavaro, M. C., Cardoso, M. F., & Mendonça, D. (2005). Validação de um instrumento de avaliação do apoio social em crianças – A versão portuguesa do *My Family and Friends*. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 2(20), 105-131.  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645451006>
- Halvari, A. E. M., Halvari, H., Deci, E. L., & Williams, G. C. (2019). Autonomy-supportive dental treatment, oral health-related eudaimonic well-being and oral health: A randomized clinical trial. *Psychology & Health*, 34, 1-16.  
<https://doi.org/10.1080/08870446.2019.1613546>
- Kathiria, H., Ranjana, B. S., Kaur, I., Panda, A. K., Virda, M., & Sudani, P. (2020). Relationship of dental anxiety with different coping styles in children. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(10), 3165-3172. [https://ejmcm.com/article\\_7164.html](https://ejmcm.com/article_7164.html)
- Marques, K. B. G., Gradwohl, M. P. B., & Maia, M. C. G. (2010). Medo e ansiedade prévios à consulta odontológica em crianças no município de Acaraú-CE. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 23, 358-367.  
<http://dx.doi.org/10.5020/2038>
- Meurs, P. van, Howard, K. E., Versloot, J., Veerkamp, J. S. J., & Freeman, R. (2005). Child coping strategies, dental anxiety and dental treatment: The influence of age, gender and childhood caries prevalence. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 4, 173-178.  
[https://web.archive.org/web/20170809031828id\\_/http://admin.ejpd.eu/download/2005-04-01.pdf](https://web.archive.org/web/20170809031828id_/http://admin.ejpd.eu/download/2005-04-01.pdf)
- Moraes, A. B. A., Ambrosano, G. M. B., Possobon, R. F., & Costa Junior, Á. L. (2004). Fear assessment in Brazilian children: The relevance of dental fear. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 289-294.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000300011>
- Moraes, P. S., & Varella, P. L. S. (2020). Relevância da satisfação dos pacientes em clínicas de faculdades de Odontologia: Revisão de literatura. *Revista Odontológica do Planalto Central*, 10, 1-10.

- [https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/487/1/Pollyana%20Silva%20de%20Moraes\\_0008320.pdf](https://dspace.uniceplac.edu.br/bitstream/123456789/487/1/Pollyana%20Silva%20de%20Moraes_0008320.pdf)
- Musso, M. (2009). Evaluación de funciones ejecutivas em niños: Análisis y adaptación de pruebas em em contexto escolar. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, *1*(27), 157-178. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645443009>
- Navais, M. S. (2015). Intervenciones musicales para la ansiedad odontológica em pacientes pediátricos y adultos. *Ene*, *9*. <https://doi.org/10.4321/S1988-348X2015000200011>
- Pasquali, L. (2010). *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas*. Artmed.
- Santos, T. A., Farias, D. B. L. M., & Mota, L. Q. (2012). Humanização no atendimento odontológico: Acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação em Odontologia. *Arquivos de Odontologia*, *48*, 151-158. [http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_serial&pid=1516-0939&lng=pt&nrm=iso](http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=1516-0939&lng=pt&nrm=iso)
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, *129*(2), 216-269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Skinner, E. A., & Wellborn, J. G. (1994). Coping during childhood and adolescence: A motivational perspective. In D. L. Featherman, R. M. Lerner & M. Perlmutter (Eds.), *Life-span development and behavior* (v. 12, pp. 91-133). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2016). *The development of coping: Stress, neurophysiology, social relationships and resilience during childhood and adolescence*. Springer.
- Tambellini, M. M., & Gorayeb, R. (2003). Escalas de medo odontológico em crianças e adolescentes: Uma revisão de literatura. *Paidéia*, *13*(26), 157-161. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2003000300004>
- Townsend, J. A., & Randall, C. L. (2021). Adolescent dental fear and anxiety: Background, assessment and nonpharmacologic behavior guidance. *Dental Clinics of North America*, *65*(4), 731-751. <https://doi.org/10.1016/j.cden.2021.07.002>
- Wu, L., & Gao, X. (2018). Children's dental fear and anxiety: Exploring family related factors. *BMC Oral Health*, *18*(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12903-018-0553-z>
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, *35*, 1-17. <https://doi.org/10.1177/0165025410384923>

## Apêndice A

**RESPONSE TO STRESS QUESTIONNAIRE – DENTAL APPOINTMENTS (RSQ-DA)**

(Connor-Smith et al., 2000)

Identificação: .....

Data: ...../...../.....

Aplicador: .....

Data de nascimento: ...../...../.....

Idade: .....

**Questionário de Respostas ao Estresse de Consultas Odontológicas****PRÉ-ADOLESCENTES E ADOLESCENTES**

Esta é uma lista de eventos que as pessoas algumas vezes acham estressantes ou problemáticas para lidar. Por favor, circule o número que indica o quão estressante as seguintes situações foram para você nos últimos 6 meses.

	Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
a) Dor dos procedimentos.	1	2	3	4
b) Tomar anestesia.	1	2	3	4
c) Ter que ir ao consultório do dentista	1	2	3	4
d) O dentista limpar e raspar meus dentes.	1	2	3	4
e) O barulho dos equipamentos do dentista.	1	2	3	4
f) Ter que parar ou reduzir uma atividade que eu gosto (por exemplo: esportes, dança clubes, etc.).	1	2	3	4
g) Sentir que a minha privacidade foi invadida.	1	2	3	4
h) Não conseguir falar.	1	2	3	4
i) Ter um estranho olhando e cutucando a minha boca.	1	2	3	4
j) Dentistas que são bravos ou maus.	1	2	3	4
k) Outras: _____	1	2	3	4

Circule o número que mostra quanto controle geralmente você acha que você tem sobre esses problemas.

Nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre
1	2	3	4

Abaixo está uma lista de coisas que crianças e adolescentes às vezes fazem, pensam ou sentem quando estão lidando com as consultas ao dentista. Cada um lida com os problemas de uma maneira diferente: algumas pessoas fazem muitas coisas ou apresentam muitos sentimentos que estão nessa lista, outras pessoas fazem ou pensam poucas coisas que estão presentes aqui.

**Pense em todas as coisas estressantes das consultas ao dentista que você indicou acima.** Para cada item abaixo, escolha apenas um número que vai de 1 (nunca) ao 4 (sempre), que representa o **quanto** você faz ou sente estas coisas, quando você tem problemas com as consultas ao dentista, como os que você indicou acima. Por favor, informe tudo que você faz, pensa e sente, mesmo que você ache que isso não ajude a melhorar as coisas.

**O quanto você faz isso?**



**QUANDO LIDO COM O ESTRESSE DAS CONSULTAS AO DENTISTA:**

Nunca      **Quase**  
 As vezes      sempre  
 Sempre

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1. Eu tento não sentir nada.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Quando eu lido com o stress das consultas ao dentista, meu estômago dói ou tenho dor de cabeça.                           | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Eu tento pensar em diferentes formas de mudar ou melhorar a situação.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| <b>Escreva uma ideia em que você pensou:</b> _____   |   |   |   |   |
| 4. Quando encaro o estresse das consultas ao dentista, não sinto qualquer emoção. É como se eu não tivesse sentimentos.      | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Eu gostaria de ser mais forte e menos sensível para que essas coisas fossem diferentes.                                   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Eu fico lembrando o que aconteceu na minha consulta ao dentista, ou não consigo parar de pensar no que poderia acontecer. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Eu conto para alguém como eu estou me sentindo. <i>(lembre-se de circular um número) →</i>                                | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Marque todo aquele com quem você falou:**

- |  |                                    |   |  |   |
|--|------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pais          | <input type="checkbox"/> Amigo (a) | <input type="checkbox"/> Irmão / irmã     | <input type="checkbox"/> Animal de estimação     | <input type="checkbox"/> Médico (a) / enfermeiro(a)       |
| <input type="checkbox"/> Professor (a) | <input type="checkbox"/> Deus      | <input type="checkbox"/> Bicho de pelúcia | <input type="checkbox"/> Outra pessoa da família | <input type="checkbox"/> Líder religioso                  |
|  |                                    |   |  | <input type="checkbox"/> Nenhuma das respostas anteriores |

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 8. Decidi que estou bem do jeito que sou, mesmo que eu não seja perfeito (a).  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Quando estou com outras pessoas, ajo como se a consulta ao dentista nunca tivesse acontecido.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Eu apenas preciso ficar longe de tudo quando eu estou lidando com o estresse da consulta ao dentista.                                  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Eu lido com o estresse das consultas ao dentista, desejando que as consultas sumissem, que tudo se resolvesse sozinho.                 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Eu fico muito agitado (a) quando estou lidando com o estresse das consultas ao dentista.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Cheguei à conclusão de que devo viver com essas situações do jeito que são.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Quando estou lidando com o estresse das consultas ao dentista, eu não posso estar perto de nada que me lembre do que está acontecendo. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Eu tento não pensar nisso, esquecer completamente.   | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Quando estou lidando com o estresse das consultas ao dentista, realmente não sei o que sinto.  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Eu peço, a outras pessoas ajuda ou ideias de como fazer as coisas melhorarem. <i>(lembre-se de circular um número) →</i>               | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Marque todo aquele com quem você falou:**

- |  |                                    |   |  |   |
|--|------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pais          | <input type="checkbox"/> Amigo (a) | <input type="checkbox"/> Irmão / irmã     | <input type="checkbox"/> Animal de estimação     | <input type="checkbox"/> Médico (a)/enfermeiro (a)        |
| <input type="checkbox"/> Professor (a) | <input type="checkbox"/> Deus      | <input type="checkbox"/> Bicho de pelúcia | <input type="checkbox"/> Outra pessoa da família | <input type="checkbox"/> Líder religioso                  |
|  |                                    |   |  | <input type="checkbox"/> Nenhuma das respostas anteriores |

18. Quando tento dormir, não consigo parar de pensar nas partes estressantes das consultas ao dentista ou tenho pesadelos com o dentista. 1 2 3 4
19. Eu digo para mim que eu serei capaz de superar isto ou que eu ficarei bem. 1 2 3 4
20. Eu ponho os meus sentimentos para fora. *(lembre-se de circular um número)* → 1 2 3 4

**Eu faço isto da seguinte forma: (Circule tudo o que você faz):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Escrevendo no meu diário | <input type="checkbox"/> Desenhando / pintando                   |
| <input type="checkbox"/> Reclamando               | <input type="checkbox"/> Sendo sarcástico / fazendo brincadeiras |
| <input type="checkbox"/> Ouvindo música           | <input type="checkbox"/> Socando o travesseiro                   |
| <input type="checkbox"/> Fazendo exercícios       | <input type="checkbox"/> Gritando                                |
| <input type="checkbox"/> Chorando                 | <input type="checkbox"/> Nenhuma das respostas acima             |

21. Eu busco ajuda das pessoas quando estou tentando descobrir como lidar com minhas emoções. *(lembre-se de circular um número)* → 1 2 3 4

**Marque todo aquele com quem você falou:**

- |  |                                    |   |  |   |
|--|------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pais          | <input type="checkbox"/> Amigo (a) | <input type="checkbox"/> Irmão / irmã     | <input type="checkbox"/> Animal de estimação     | <input type="checkbox"/> Médico(a) /enfermeiro (a)        |
| <input type="checkbox"/> Professor (a) | <input type="checkbox"/> Deus      | <input type="checkbox"/> Bicho de pelúcia | <input type="checkbox"/> Outra pessoa da família | <input type="checkbox"/> Líder religioso                  |
|  |                                    |   |  | <input type="checkbox"/> Nenhuma das respostas anteriores |

22. Eu não consigo encarar o stress das consultas ao dentista. 1 2 3 4
23. Eu gostaria que alguém viesse e levasse embora os aspectos estressantes das consultas ao dentista. 1 2 3 4

***Você está no meio do caminho! Antes de continuar trabalhando, olhe para a primeira página para lembrar-se dos aspectos das CONSULTAS AO DENTISTA que têm sido estressantes para você ultimamente. Lembre-se de responder as perguntas abaixo pensando nessas coisas.***

**O quanto você faz isso?**

**QUANDO LIDO COM O ESTRESSE DAS CONSULTAS AO DENTISTA:**

Nunca Às vezes Quase sempre Sempre

24. Eu faço alguma coisa para tentar dar um jeito nas coisas estressantes das consultas ao dentista. 1 2 3 4

**Escreva uma coisa que você já fez:** \_\_\_\_\_

25. Pensamentos sobre consultas ao dentista surgem na minha cabeça. 1 2 3 4
26. Quando tenho que lidar com os aspectos estressantes das consultas ao dentista, sinto mudanças em outras partes do corpo. *(lembre-se de circular um número)* → 1 2 3 4

**Marque tudo o que acontece:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Meu coração dispara             | <input type="checkbox"/> Minha respiração acelera   | <input type="checkbox"/> Nenhuma das respostas anteriores |
| <input type="checkbox"/> Eu sinto calor e fico suado (a) | <input type="checkbox"/> Meus músculos se enrijecem |   |

27. Eu tento me afastar das pessoas e coisas que me deixam chateado (a), ou que me lembram dos aspectos estressantes das consultas ao dentista. 1 2 3 4
28. Eu não me sinto eu mesmo (a) quando lido com o estresse de consultas ao dentista, é como se eu estivesse longe de tudo. 1 2 3 4

29. Eu apenas aceito as coisas como elas são.	1	2	3	4
30. Eu penso em coisas felizes para tirar da minha mente as partes estressantes das consultas ao dentista ou como estou me sentindo com isso.	1	2	3	4
31. Quando acontecem partes estressantes das consultas ao dentista, não consigo parar de pensar em como estou me sentindo.	1	2	3	4
32. Eu recebo simpatia, compreensão e apoio de alguém. <i>(lembre-se de circular um número)</i> →	1	2	3	4
<b>Marque todos aqueles que você procurou:</b>				
<input type="checkbox"/> Pais	<input type="checkbox"/> Amigo (a)	<input type="checkbox"/> Irmão /irmã	<input type="checkbox"/> Animal de estimação	<input type="checkbox"/> Médico(a) / enfermeiro(a)
<input type="checkbox"/> Professor (a)	<input type="checkbox"/> Deus	<input type="checkbox"/> Bicho de pelúcia	<input type="checkbox"/> Outra pessoa da família	<input type="checkbox"/> Líder religioso
				<input type="checkbox"/> Nenhuma das respostas anteriores
33. Quando acontece algo estressante relacionado às consultas ao dentista, nem sempre consigo controlar o que faço. <i>(lembre-se de circular um número)</i> →	1	2	3	4
<b>Marque tudo o que acontece:</b>				
<input type="checkbox"/> Não paro de comer	<input type="checkbox"/> Não paro de falar	<input type="checkbox"/> Nenhuma das respostas anteriores		
<input type="checkbox"/> Ajo perigosamente	<input type="checkbox"/> Preciso resolver / conferir tudo			
34. Eu falo para mim mesmo (a) que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4
35. Eu não consigo pensar em nada quando estou nas consultas com o dentista; "dá um branco".	1	2	3	4
36. Eu digo para mim que nada disto importa que não faz diferença.	1	2	3	4
37. Quando me deparo com as partes estressantes das consultas ao dentista, na mesma hora eu me sinto <i>(lembre-se de circular um número)</i> →	1	2	3	4
<b>Marque tudo o que você sente:</b>				
<input type="checkbox"/> Com raiva	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Nenhuma das respostas anteriores		
<input type="checkbox"/> Preocupado (a) / Ansioso (a)	<input type="checkbox"/> Com medo			
38. É muito difícil me concentrar ou prestar atenção quando acontece algo estressante relacionado às consultas ao dentista.	1	2	3	4
39. Penso em tudo o que estou aprendendo com a situação e que algo de bom sairá disso.	1	2	3	4
40. Depois que algo estressante acontece relacionado às consultas com o dentista, não consigo parar de pensar no que fiz ou disse.	1	2	3	4
41. Quando acontecem partes estressantes das consultas aos dentistas, digo a mim mesmo (a): "Isso não é real".	1	2	3	4
42. Quando lido com as partes estressantes das consultas ao dentista, acabo ficando deitado (a) ou dormindo muito.	1	2	3	4
43. Eu mantenho minha mente longe de partes estressantes das consultas ao dentista <i>(lembre-se de circular um número)</i> →	1	2	3	4
<b>Marque tudo o que você faz:</b>				
<input type="checkbox"/> Fazendo exercícios	<input type="checkbox"/> Visitando amigos	<input type="checkbox"/> Assistindo televisão		
<input type="checkbox"/> Jogando videogame	<input type="checkbox"/> Fazendo um hobby	<input type="checkbox"/> Nenhuma das respostas anteriores		
44. Quando acontece algo estressante relacionado às consultas ao dentista, eu fico chateado (a) com coisas que normalmente não me incomodariam.	1	2	3	4

45. Eu faço algo para me acalmar quando lido com o estresse das consultas ao dentista ( <i>lembre-se de circular um número</i> ) →	1	2	3	4
<b>Marque tudo o que você faz:</b>				
<input type="checkbox"/> Respiro fundo	<input type="checkbox"/> Rezo	<input type="checkbox"/> Caminho	<input type="checkbox"/> Nenhuma das respostas anteriores	
<input type="checkbox"/> Ouço música	<input type="checkbox"/> Descanso	<input type="checkbox"/> Medito		
46. Eu apenas “congelou” quando estou lidando com partes estressantes de consultas ao dentista, eu não consigo fazer nada.	1	2	3	4
47. Quando acontecem coisas estressantes relacionadas às consultas ao dentista, eu ajo sem pensar.	1	2	3	4
48. Eu mantenho meus sentimentos sob controle quando preciso, depois os deixo sair quando percebo que eles não vão piorar as coisas.	1	2	3	4
49. Quando algo estressante relacionado às consultas ao dentista, não consigo fazer coisas que eu deveria fazer.	1	2	3	4
50. Eu digo para mim mesmo (a) que tudo vai ficar bem.	1	2	3	4
51. Quando acontece algo estressante relacionado às consultas ao dentista, não consigo parar de pensar no motivo pelo qual isso está acontecendo.	1	2	3	4
52. Eu penso em maneiras de rir das situações relacionadas às consultas do dentista para que ela não pareça tão ruim.	1	2	3	4
53. Meus pensamentos aceleram quando tenho que lidar com as partes estressantes das consultas ao dentista.	1	2	3	4
54. Eu imagino alguma coisa divertida ou empolgante acontecendo na minha vida.	1	2	3	4
55. Quando acontece algo estressante relacionado às consultas ao dentista, eu me sinto tão chateado (a) que não consigo lembrar o que aconteceu ou o que eu fiz.	1	2	3	4
56. Eu tento acreditar que nunca aconteceu.	1	2	3	4
57. Quando estou lidando com o estresse das consultas com dentistas, não consigo controlar o que falo ou faço.	1	2	3	4