

Avaliação das reações emocionais em crianças com idade entre 2 a 8 anos, frente a uma sala de espera odontológica

Evaluation of emotional reactions in children aged 2-8, resting in a child dental waiting room

RESUMO

Os cirurgiões dentistas que se propõem a trabalhar com o paciente infantil, na maioria das vezes, confrontam com reações de ansiedade e tensão relacionadas ao tratamento odontológico. Assim sendo, o objetivo deste estudo foi avaliar reações emocionais em 214 crianças com diferentes faixas etárias (2-4, 4-6, 6-8 anos), frente a uma sala de espera antes do atendimento odontológico. Dividiu-se em grupo controle numa sala de espera comum e o grupo experimental numa sala de espera infantil. Aplicou-se um teste projetivo com auto análise das emoções infantis. A sala de espera infantil obteve um resultado positivo em relação à diminuição da ansiedade da criança. A 2ª visita do grupo experimental, apresentou efeitos de motivação e adaptação da criança.

UNITERMOS

Reações emocionais; sala de espera; crianças;

INTRODUÇÃO

A redução da ansiedade infantil se torna essencial para uma profissão que almeja a cooperação do paciente e motivação ao retorno. O grau de ansiedade pode variar muito de criança para criança, e será tanto maior quanto pior for a condição do pré-tratamento. Quebrar ou modificar o conceito negativo da experiência anterior é muito importante para se começar uma nova proposta de atendimento BADRA⁰³, (1987).

Nem sempre a criança tem consciência de sua ansiedade, ou que ela é gerada por sentimentos de insegurança e não devido a uma situação externa. A psicologia voltada para as relações humanas tem enfatizado que o primeiro contato da criança com o Cirurgião Dentista é fundamental na constituição de uma boa relação. Desta forma, oferecer um tratamento no qual a proposta inicial é a tentativa de tranquilizá-la e agradá-la, tornou-se um objetivo a se alcançar.

RANK, Rise C. Iuata Costa*

SILVA, Daniela Rodrigues P.**

Considerando que mudar experiências ou expectativas negativas da criança que busca o tratamento odontológico é possível, desde que ela possa se readaptar a um novo conceito de odontologia, a proposta do presente trabalho é verificar se uma sala de espera preparada exclusivamente às crianças exercer influência nas reações emocionais e na motivação infantil, se esta influência está relacionada a idade.

REVISÃO DE LITERATURA

Segundo PEREIRA²⁴ (1995) a ansiedade é um receio sem objeto ou relação com qualquer contexto de perigo, que na realidade, tem causa psicológica inconsciente. A ansiedade apresenta sempre acompanhada de uma sensação de desamparo, porque o ansioso sente-se bloqueado e incapaz de encontrar solução para seu problema⁰³.

De acordo com NATHAN²³ (1995) a fase mais crítica da ansiedade é a pré-es-

* Especialista em Odontopediatria pela faculdade de Odontologia de Anápolis (FOJOP-1999). Profª Assistente da Disciplina de Microbiologia no Curso de Odontologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas de Gurupi

** Profa. Odontopediatria da Graduação e Pós-graduação da Faculdade de Odontologia de Anápolis Mestranda em Odontopediatria pela University of Michigan - Ann Arbor

colar, que em muitos casos, são pré-cooperativas. Defini-se como criança pré-cooperativa aquela que possui imaturidade, alta limitação na coordenação motora, atenção de curta duração, e que não possui nenhuma experiência, poderá responder mal a situações de ansiedade. Pelo fato do tratamento odontológico ser visto como desagradável em nossa sociedade e envolver um certo grau de desconforto, a consulta odontológica também representa ameaça.

GUEDES-PINTO⁹ (1987) classifica o medo em objetivo e subjetivo: objetivo seria considerado oriundo de experiências vividas diretamente pela criança, às quais provocaram emoções desagradáveis ou dolorosas. Entretanto, o subjetivo teria origem por sugestões, crianças que ouviram falar de experiências desagradáveis vividas por seus pais, parentes ou amigos, no consultório odontológico ou especialidades afins. Ela grava esta descrição e pode fantasiar exagerando o quadro.

A criança que vai pela primeira vez ao dentista cria antes da consulta uma expectativa de como será o encontro. A qualidade desta criação dependerá das informações reais e distorcidas que a criança utiliza (KRAMER¹⁵, 1974; MARTIN et al¹⁸, 1977; GUEDES-PINTO⁹, 1987; SEXTON et al²⁷, 1993).

Baseado em tantos estudos^{1,5,8,10,11,13} e relatos da ansiedade infantil na consulta odontológica, a sala de espera tornou-se o ponto alvo de interesse desta pesquisa, estudá-la como objeto de influência no estímulo positivo, para avaliar as reações emocionais da ansiedade do paciente.

GRINBERG et al⁸ (1984) considera de suma importância que a criança se familiarize com o dentista e sua clínica, para se alcançar uma situação favorável nas atitudes emocionais da criança. A criança pode receber uma impressão de estímulos visuais na sala de espera, devendo a mesma ser bem ventilada, cores e uniformes claros, desenhos e quadros de crianças e saúde dental na decoração das paredes.

De acordo com BIAGGIO⁵ (1983) a mensuração da ansiedade infantil necessita de métodos, técnicas com emba-

samento científico e sustentações confiáveis mais próximos da realidade. A psicologia é uma ciência empírica. Isto significa que ela se baseia em observação e experimentação, e não em opiniões ou crenças. Toda ciência empírica tem como problemas centrais o problema da mensuração e o da definição. Os fenômenos estudados em psicologia, como a inteligência, são muito mais difíceis de se medir do que os objetos com que a ciência física lida. Existem vários métodos para se atingir uma mensuração, entre os quais, os diversos testes psicológicos.

No estudo de KLINGBERG & HWANG¹² (1994) eles citam vários métodos para avaliar o medo odontológico em crianças como: avaliação psicométrica^{4,14,30} testes psicológicos, testes fisiológicos^{17,25} e técnicas projetivas^{2,10,26,32}.

Desde que a ansiedade é um estado emocional interno, não observável, porém de grande importância no processo cognitivo, uma auto-descrição deste acontecimento subjetivo e individual pela própria criança, supriria valiosos dados inacessíveis em comparação com medidas técnicas mais objetivas.

SONNEMBERG & VENHAM apud KLINGBERG¹³ (1994) desenvolveram um sistema de pontuação e uma escala de desenho de figuras humanas (DFH), pela qual, encontrou-se dados estatisticamente significantes e correlações entre o teste e a idade, respostas fisiológicas e respostas da ansiedade. Este método abrange uma infinidade de processos que permitem a uma criança revelar sua percepção das coisas, suas fantasias, pensamentos e sentimentos, sem falar diretamente sobre si mesmas e oferecem meios de descobrir emoções ocultas guardadas no subconsciente.¹⁶

MATERIAL E MÉTODOS

Participaram desta pesquisa 214 crianças que procuraram os postos municipais de saúde para atendimento

odontológico. A faixa etária selecionada foi de 2 a 8 anos, idade pré escolar. As crianças eram de um mesmo nível sócio econômico (de 1 a 5 salários mínimos). Dividiu-se aleatoriamente: 106 crianças no grupo controle e 108 no grupo experimental.

O grupo controle foi atendido em postos de saúde nas periferias da cidade de Gurupi - To. As crianças aguardavam numa sala de espera comum a todos os outros pacientes. Este local não possuía nenhum objeto motivador ou de distração infantil. (Fig 1)



FIGURA 1 – Sala de espera do Posto de Saúde

O grupo experimental foi atendido numa clínica privada onde as crianças aguardavam numa sala de espera decorada e preparada especialmente para crianças, com cores claras, bem iluminada, com brinquedos pedagógicos, móveis e quadros com motivos infantis, fantoches, lápis de cor e desenhos educativos odontológicos. (Fig 2)



FIGURA 2 – Sala de espera infantil

O método projetivo desta pesquisa foi o teste com a cartela (DFH) Desenhos de Figuras Humanas segundo VENHAM e

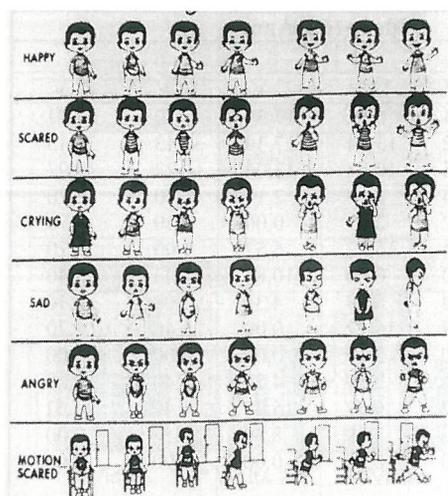


FIGURA 3 – Cartela de VENHAM³²

GAULIN-KREMER³² (1979), modificado. (Fig.3) Este artigo foi selecionado como referência pelo alcance do desenvolvimento e avaliação de uma auto análise com teste projetivo, na situação de ansiedade infantil em crianças de idade pré-escolar. O teste recebeu algumas adaptações para esta pesquisa. As adaptações incluíram:

1. A redução da quantidade de desenhos do cartaz, no qual foram selecionadas apenas 13 figuras das 42 figuras de VENHAM³² (1979). Esta modificação foi realizada pelo fator atenção e centralização que a criança possui. Os autores como BIAGGIO⁵ (1983) e NATHAN²³ (1995) defendem que a criança em idade pré-escolar tem um pequeno limite e duração de atenção, pois elas se distraem mais facilmente.

2. Os 13 desenhos foram retirados do cartaz de VENHAM³² (1979) e foram confeccionadas cartelas individuais no tamanho padrão de 8 X 12 cm. O fundo com a cor cinza claro teve o intuito de evidenciar o desenho preto e branco, para auxiliar a atenção e percepção dos detalhes do desenho. Conforme KLATCHOIAN¹¹ (1998), crianças de 2 a 7 anos não conseguem fixar sua atenção, com frequência, em mais de um aspecto de uma situação ao mesmo tempo.

3. Estilizou-se os desenhos femininos. Segundo conhecimentos apresentados por CHAPMAN⁶ (1984) e MUSSEN²¹ (1977) as crianças se identificam como auto-imagem, mais com a figura de seu sexo correspondente.

4. A criação de um código para cada figura, teve como finalidade de facilitar a coleta dos dados e o cálculo estatístico (Tabela 3).

todo da aplicação do teste projetivo foi padrão para ambos os grupos.

O teste foi realizado em duas visitas ao Dentista:

1ª Visita:

Após cinco minutos de espera, cada criança era chamada para a realização do teste projetivo numa sala à parte. Todas as crianças entraram com os pais ou responsáveis. Uma única auxiliar foi treinada para coletar os dados, explicou aos pais o objetivo da pesquisa e a importância da não interferência ou opiniões no momento do teste, nem após o teste, pois haveria uma próxima consulta.

Apresentou-se cartelas segundo a tipificação sexual do paciente. As figuras foram mostradas uma a uma, em seqüência aleatória, na altura dos olhos da criança e em média de 30 a 40 centímetros de distância. O tempo de apresentação das figuras foi de 3 a 4 segundos cada, e colocados vagarosamente sobre a mesa. Todas as

FIGURAS	CÓDIGO
Neuro	0
Alegre	1 A
Muito alegre	1 B
Medo	2 A
Muito medo	2 B
Aflito – choro	3 A
Aflito - Muito choro	3 B
Tímido	4 A
Muito tímido	4 B
Raiva	5 A
Muita raiva	5 B
Vontade de ir embora	6 A
Muita vontade de ir embora	6 B

TABELA 3 – Códigos dos desenhos

Utilizou-se as 13 Figuras femininas (Fig.4) e as 13 masculinas (Fig.5). O mé-

todo da aplicação do teste projetivo foi padrão para ambos os grupos. O teste foi realizado em duas visitas ao Dentista:

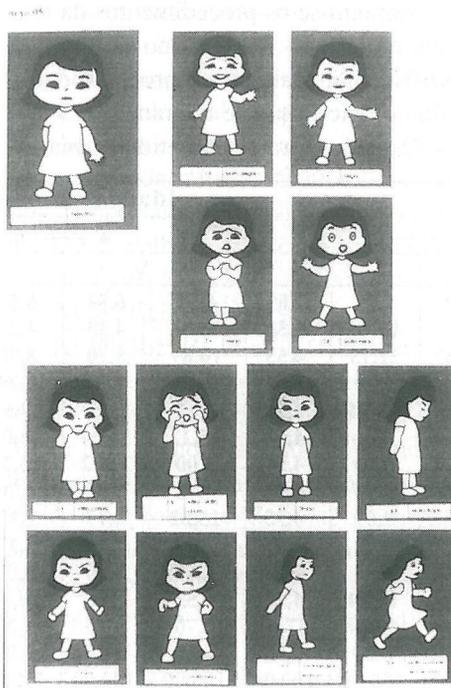


FIGURA 4 – Cartelas modificadas - feminina

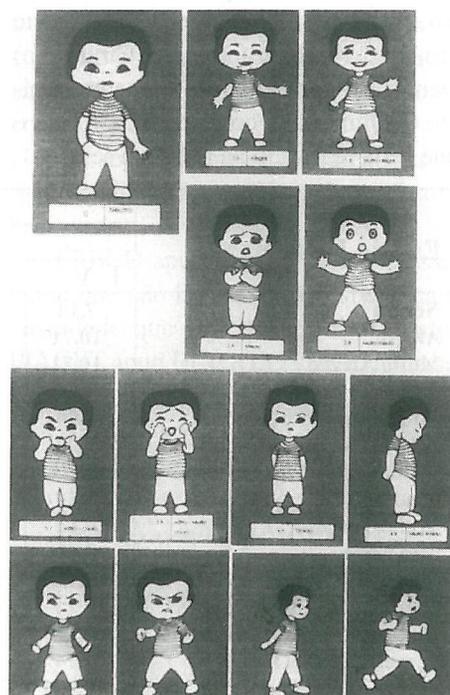


FIGURA 5 – Cartelas modificadas - masculina

“(nome da criança)..., aponte o dedinho para aquele(a) menininho(a) que mais parece com o que você está sentindo agora...” (Figs. 6 e 7).



FIGURA 6 – Aplicação do teste projetivo. Criança observando as cartelas



FIGURA 7 – Criança apontando a cartela (teste projetivo)

Ao apontar o dedo para a primeira figura, anotou-se o código correspondente e agendou-se uma segunda visita ao dentista, para uma nova avaliação do teste projetivo. Na sala clínica, o(a) Cirurgiã(o) Dentista realizou apenas o exame clínico. O clínico não comunicou aos pais o que seria realizado na próxima sessão.

Estado Emocional	Idade (em Anos)							
	2		4		6		8	
	1ª V.	2ª V.	1ª V.	2ª V.	1ª V.	2ª V.	1ª V.	2ª V.
Neutro	7,14	7,14	6,52	17,39	2,70	10,81		
Alegre	10,72	10,72	13,04	17,39	35,13	35,13		
Muito Alegre	10,72	17,86	10,87	13,04	16,22	18,92		
Medo	7,14	7,14	8,69	2,17	2,70	2,70		
Muito medo	0,00	10,72	2,17	0,00	5,40	2,70		
Aflito – choro	0,00	7,14	15,22	6,52	0,00	2,70		
Aflito – muito choro	10,72	0,00	0,00	10,87	8,11	5,40		
Tímido	7,14	7,14	8,69	4,35	0,00	5,40		
Muito Tímido	7,14	7,14	15,22	0,00	5,40	2,70		
Raiva	3,58	0,00	2,17	0,00	0,00	0,00		
Muita raiva	7,14	3,58	2,17	4,35	5,40	0,00		
Vontade de ir embora	7,14	10,72	6,52	15,22	5,40	13,51		
Muita vontade de ir embora	14,28	10,72	8,69	8,69	13,51	0,00		
Sem Escolha de figura	7,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
Total								

TABELA 1 – Comportamento emocional: Idade - Grupo Experimental

2ª Visita:

A criança retornou ao mesmo ambiente de espera da primeira visita, após poucos dias. Aguardou 5 minutos e a mesma auxiliar da 1ª visita realizou novamente os testes projetivos, porém com uma modificação na frase de instrução da 1ª visita :

“Olá... (nome da Criança). Aquele dia o dentista só olhou sua boquinha, mas hoje ele irá tratar seu dentinho, então eu quero que você olhe novamente para estas crianças e aponte o dedinho para aquele(a) menininho(a) que mais parece com o que você está sentindo agora!!!! Olhe direitinho.....”

Repetiu-se os procedimentos da técnica projetiva. Ao término do teste, o profissional realizou os procedimentos odontológicos que se fizeram necessários. Os dados foram submetidos a análise

estatística por meio do teste Qui-Quadrado .

RESULTADOS

Considerou-se, nesta pesquisa, os estados emocionais de “medo, choro, tímido, raiva, vontade de ir embora e não querer escolher a figura”, de acordo com vários autores^{3,11,13,16}, como as reações mais comuns de uma criança ansiosa. As respostas como “neutro e alegre” caracterizaram as emoções de menor ansiedade.

Encontrou-se dados altamente significativos em relação a idade das crianças. Observou-se no grupo experimental que a faixa etária de 2 a 4 anos, o maior percentual obtido na primeira visita, foram as figuras com emoções de “medo, choro e raiva”, e na segunda visita, alguns sentimentos permaneceram e outros alteraram, de acordo com a Tabela 1.

Estado Emocional	Idade (em Anos)											
	2		4		4		6		6		8	
	1 V	2 V.	1 V.	2 V.								
Neutro	7,14	9,09	9,09	9,09	6,52	6,52	6,52	10,42	2,70	2,78	10,81	5,56
Alegre	10,71	4,55	13,64	4,55	13,04	4,35	4,35	6,25	35,14	16,67	35,14	16,67
Muito Alegre	10,71	4,55	22,73	4,55	10,87	8,70	8,70	4,17	16,22	13,89	18,92	19,44
Amedrontado	7,14	4,55	9,09	4,55	8,70	8,70	8,70	6,25	2,70	8,33	2,70	2,78
Muito Amedrontado	0,00	0,00	13,64	4,55	2,17	19,57	19,57	8,33	5,41	2,78	2,70	5,56
Aflito – vontade de choro	0,00	9,09	9,09	4,55	15,22	13,04	13,04	12,50	0,00	2,78	2,70	2,78
Aflito – muita vontade choro	10,71	9,09	0,00	4,55	0,00	15,22	15,22	4,17	8,11	8,33	5,41	8,33
Tímido	7,14	9,09	9,09	4,55	8,70	8,70	8,70	2,08	0,00	5,56	5,41	0,00
Muito Tímido	7,14	4,55	9,09	4,55	15,22	2,17	2,17	10,42	5,41	8,33	2,70	19,44
com raiva	3,57	9,09	0,00	9,09	2,17	2,17	2,17	6,25	0,00	5,56	0,00	0,00
Com muita raiva	7,14	18,18	4,55	13,64	2,17	0,00	0,00	12,50	5,41	5,56	0,00	0,00
Com vontade de ir embora	7,14	9,09	13,64	4,55	6,52	10,87	10,87	8,33	5,41	5,56	13,51	8,33
Muita vontade de ir embora	14,29	9,09	13,64	27,27	8,70	4,35	4,35	8,33	13,51	13,89	0,00	11,11
Sem Escolha de figura	7,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

TABELA 2 – Comportamento emocional: Idade (Controle x Experimental)

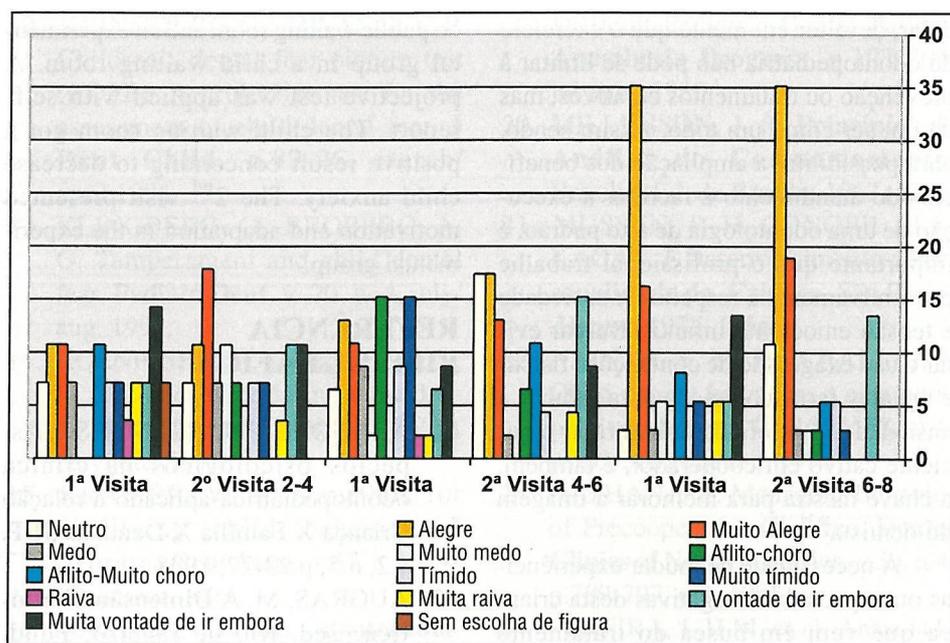


TABELA 1 – Comportamento emocional: Idade - Grupo Experimental

“Muito alegre” passou de 10,72% para 17,86% e “muita vontade de ir embora” caiu de 14,28% para 10,72%. Entretanto no grupo controle predominou na primeira visita “muita raiva” 18,18% e o alegre apenas 4,55% mas na 2ª visita surgiu um alto índice de “muita vontade de ir embora” com 27,27%.

A resposta das crianças de 4 a 6 anos no grupo experimental, destacou-se o “muito tímido”, que na primeira visita era de 15,22% e caiu para 0% na segunda visita. Entre a 1ª e 2ª visita as emoções de “neutro, alegre e muito alegre” obtiveram uma alta, porém no grupo controle “com muita raiva” passou de 0% para 12,50%.

Comparando as tabelas 1 e 2, observa-se que as crianças de 6 a 8 anos, a opção “alegre” foi de 35,14% em ambas visitas do grupo experimental, porém no grupo controle foi de 16,67%.

DISCUSSÃO

Por se basear em tantos estudos e relatos da ansiedade infantil na consulta odontológica, a sala de espera tornou-se o ponto alvo de interesse desta pesquisa, estudá-la como objeto de influência no estímulo positivo, para avaliar as mais variadas reações emocionais dos pacientes em diferentes faixas etárias. Concordeando com os autores GRINBERG⁸ (1984) e MELAMED¹⁹ (1986), a sala

de espera muda a imagem do “dentista”, pois a criança passa a vê-lo como um amigo querido.

SHESKIN²⁸ (1982) atesta que o fator mais importante de influência da cooperação infantil, no tratamento odontológico, é a ansiedade. O medo tem muitas formas e variações. Algumas delas são verdadeiras e outras são criadas pela fantasia. Em diferentes idades, os medos diferem em intensidade e características. Mas há um medo comum, universal, que permanece imutável, mesmo depois que crescemos adquirimos experiência: é o medo da dor. Não há grupo, não há idade, não há estrutura física isenta da ansiedade de tal medo, real ou imaginário.

Achados estatísticos afirmam que crianças na idade entre 2 a 6 anos possuem um comportamento mais negativo que as mais velhas, frente ao tratamento odontológico MUSEN e cols²¹, (1977); KLINGBERG et al¹³, (1998).

KLINGBERG et al¹³, (1998) acrescentam que as crianças tímidas podem desenvolver o medo odontológico se não forem bem atendidas. Estudos demonstram que a etiologia do medo odontológico e os problemas de comportamento da criança têm origem: dos pais, experiência dolorosa anterior e temperamento negativo da personalidade¹⁷ MUSEN e cols²¹, (1977); HURLOCK apud TAYLOR³¹, (1983); KLINGBERG et al¹³, (1998).

No estudo de KLINGBERG & HWANG¹² (1994), eles citam vários métodos para avaliar o medo odontológico em crianças e o método eleito foi a auto-análise com teste projetivo.

A técnica projetiva tem a capacidade de proporcionar informações mais reveladoras^{2,7,13,26,28, e 32}.

Existem fatores considerados ansiolíticos que podem estimular reações comportamentais negativas, como a ausência dos pais, o tempo de espera, o ambiente e experiência dolorosa anterior.

Das 214 crianças pesquisadas, todas possuíam um mesmo nível sócio econômico e entravam sempre acompanhadas da mãe ou responsável.

Esta pesquisa procurou respeitar o fator tempo, não permitindo que a criança ficasse por um tempo prolongado na sala de espera, pois segundo KLATCHOIAN¹¹, (1998), a criança fica em estado de alerta, dando vazão a suas fantasias a respeito do que se passará com ela. Um dos itens que as crianças optavam por gostar no consultório era: salas de espera interessantes, incluindo livros de histórias, revistas e aquário; porém um dos itens que elas não gostavam era: mantê-lo esperando e sala de espera sem atrativo MILLENSON²⁰, (1967); NATHAN²³, (1995); SWALLOW³⁰, (1975).

Acreditando que a distração com brinquedos, jogos e livros, possa fazer com que o tempo da criança seja preenchido de uma forma prazerosa, autores como JERSILD¹⁰ (1977), SILVA et al²⁹ (1992), sugerem que se crie uma sala de espera planejada ao paciente infantil com brinquedos.

FREUD apud BADRA³ (1987) assinalou que não há adaptação específica à ansiedade que seja eficaz. Entretanto, PIAGET apud BIAGGIO⁵, (1983) afirma que todas as espécies herdaram duas tendências básicas adaptação e organização. Na adaptação: todos os organismos têm a tendência a se adaptar ao ambiente.

VENHAM apud NAINAR²², (1991), relatam que o comportamento infantil frequentemente se deteriora durante uma seqüência de visitas odontológicas curativas, porém se houver condicionamento e adaptação à situação dental, o comportamento tende a melhorar.

No presente estudo, constatou-se que o efeito da sala de espera infantil tem um resultado altamente significativo frente à ansiedade da criança. Na primeira visita o grupo experimental se destacou com o neutro, alegre e muito alegre obtiveram um resultado positivo, pois na segunda visita alcançou-se um aumento da percentagem, conseguindo demonstrar que houve uma motivação em todas as idades. Os resultados conferem o que SILVA et al²⁹ (1992) comprovaram a respeito da percepção da criança em relação a odontopediatria, que elas gostariam de fugir da situação na sala de espera, através de brincadeiras.

Entretanto, deve-se ter o cuidado na decoração para não criar uma atmosfera excessivamente estimulante, excitante, com o uso de muitos desenhos e cores vivas. Relatos segundo MAC. DONALD¹⁶ (1977); GUEDES-PINTO⁹ (1987) reforça que a limpeza e arrumação são essenciais podendo ocasionar efeito ansiolítico.

Nesta avaliação constatou-se que o grupo experimental obteve uma elevação percentual nas opções "neutro", "alegre", "muito alegre", e diminuição percentual nos estados emocionais de maior ansiedade.

Na segunda visita, a emoção "muita vontade de ir embora" na idade de 2-4 anos se sobressaiu com 27,27%, concordando com MUSSEN²¹ (1977), a história e disposições variáveis do ambiente, contribuem no comportamento (fome, hora do dia, sono etc).

A resposta das crianças de 4 a 6 anos, no grupo experimental destacou-se o "muito tímido", que na primeira visita era de 15,22% e caiu para 0% na segunda visita, demonstrando uma queda na ansiedade.

As crianças de 6 a 8 anos, a opção "alegre" foi de 35,14% em ambas visitas do grupo experimental, porém no grupo controle foi de 16,67%. BADRA³ (1987) afirma que com o passar do tempo, na criança mais velha, esse medo transforma-se em valentia e por efeito das pressões sociais, cessam as reações de choro e a criança simplesmente se afasta do que lhe causa temor.

O cirurgião dentista que se propõe a assumir a responsabilidade de trabalhar com o paciente infantil na idade pré-es-

colar, deve ter em mente que o exercício da odontopediatria não pode se limitar à prevenção ou tratamentos curativos, mas de um ser como um todo. Assim sendo, para possibilitar a ampliação dos benefícios do atendimento e facilitar a execução de uma odontologia de alto padrão, é importante que o profissional trabalhe preventivamente a respeito da ansiedade e tensão emocional infantil. Buscar evitar o uso exagerado de contenções físicas e agentes farmacológicos para reduzir a ansiedade. A tarefa de transformar o paciente cativo em cooperador, é também, a chave mestra para melhorar a imagem do dentista^{8,31}.

A necessidade de mudar experiências ou expectativas negativas desta criança que vem em busca do tratamento odontológico é possível, desde que, ela possa se readaptar a uma nova odontologia. "No processo de interação com o ambiente, a criança gradualmente desenvolve estruturas psicológicas"²⁵.

CONCLUSÃO

1. O grupo controle demonstrou ansiedade na 1ª e 2ª visita, em comparação ao experimental.

2. A sala de espera infantil obteve um resultado positivo diminuindo a ansiedade da criança.

3. A 2ª visita do grupo experimental comprovou o efeito da motivação e adaptação da criança.

4. Alto índice de ansiedade em crianças de 2 a 4 anos foi observado na 1ª e 2ª visita, tanto no grupo controle quanto no experimental.

5. As crianças pré-escolares (2 a 8 anos) foram capazes de auto-análise com o teste projetivo.

SUMMARY

The dentists who attempt to work with young patients some times face anxious emotions and stress related to dental treatment. Therefore, the purpose of this study was to evaluate the emotions reaction in 214 children aged 2-4, 4-6, 6-8, while resting in a waiting room before dental treatment. The children were divided in a control group

on public waiting room and an experimental group in a child waiting room. A projective test was applied with self-report. The child waiting room got a positive result concerning to decrease child anxiety. The 2nd visit presented motivation and adaptation in the experimental group.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ARAGONE, P.N.; VICENTE, S.P. Aspectos psicológicos na clínica odontopediátrica aplicado à relação Criança X Família X Dentista. *JBP*, v.2, n.5, p.23-27, 1998.
- AUGRAS, M. *A Dimensão Simbólica*. 2ed. Rio de Janeiro: Fund. Jetúlio Vargas, 1967, 272p.
- BADRA, A. *Hipnose em Odontologia e Odontologia Psico-somática*. São Paulo: Andrei ed, 1987, 480p.
- BAILEY, P.M. et al. A comparison of maternal anxiety levels manifested in the child dental patient. *ASDC J Dent Child*, p.1-8, july/aug, 1973.
- BIAGGIO, A.M.B. *Psicologia do Desenvolvimento*. 7 ed. Petrópolis: Vozes, 1983, 280p.
- CHAPMAN, A.H. *Crianças são os Melhores Psicólogos*. 2 ed. Rio de Janeiro: José Olímpio, 1984, 240p.
- DAVIS, R. et al. Child reaction to protective garb at the first dental visit. *Pediatr Dent.*, v.6, n.2, p.86-87, march/april, 1993.
- GRINBERG, S.; SCHOR, M. First encounter of child and dentist: an analysis of the introductory session. *J Dent Child*, v.51, n.6, p.438-40, nov./dec, 1984.
- GUEDES-PINTO, A.C.; CORRÊA, M.S.N.P.; GIGLIO, E.M. *Conduta Clínica e Psicologia em Odontologia Pediátrica*. 2 ed. São Paulo: Santos, 1987, 231p.
- JERSILD, A T. *Psicologia da Criança*. 5 ed. Belo Horizonte: Itatiaia, 1977. 546p.
- KLATCHOIAN, D. A. O comportamento da criança como elemento chave em odontopediatria. *JBP*, v. 1, n. 4; out/dez, 1998.

12. KLINGBERG, G.; HWANG, C.P. Children's dental fear picture test (CDFP): A projective test for the assessment of child dental fear. **J Dent Child**, p.89-96, march/april, 1994.
13. KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. Temperament and child dental fear. **Pediatr Dent**, v. 20, n. 4, july/ aug, 1998.
14. KOENIGSBERG, S. R.; JOHNSON, R. Child behavior during three dental visits. **J Dent Child**, p.197-200, may/june, 1975.
15. KRAMER, W. S. A method for modifying child behavior. **J Nebraska Dent Assoc**, v.57, n.2, p.7-13, winter, 1974.
16. MAC.DONALD, R.E. **Odontopediatria**. 2 ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1977, 558p.
17. MALMO, R. B.; SHAGASS, C. **Physiologic study of symptom mechanisms in psychiatric patients under stress**, v.XI, n.1, jan/feb, 1949.
18. MARTIN, R. B. et al. The influence of prior surgical experience on the child behavior at the initial dental visit. **J Dent Child**, p.443-447, nov/dec, 1977.
19. MELAMED, B. G. Assessment and Management Strategies for the Difficult Pediatric Dental Patient. **Anesthesia Progress**, p.197-200, july/aug, 1986.
20. MILLENSON, J. R. **Princípios de Análise do Comportamento**. Brasília: Ed. de Brasília, 1967, 438p.
21. MUSSEN, P. H. CONGER, J.J.; KAGAN, J. **Desenvolvimento e Personalidade da Criança**. São Paulo: Harper, 1977, 115p.
22. NAINAR, S. M. H.; CRALL, J. J. Child patient behavior: a new perspective. **J Dent Child**, V.58, n.4, p.303-305. july/aug, 1991.
23. NATHAN, J.E. Managing Behavior of Precooperative Children. **Dental Clinics of North America**, v.39, n.4, p.789-797, oct, 1995.
24. PEREIRA, L.H.M. et al. Ansiedade e dor em Odontologia - Enfoque Psicofisiopatológico. **Rev. APCD**, v.49, n.4, p.285-289, jul/ago, 1995.
25. PIKHAM, J.R. Fear of dentistry: a discussion of its usefulness to certain child dental patients. **J Dent Child**, v.50, n.2, p.111-113, march/april, 1983.
26. SANDRINI, J.C. et al. Reações infantis frente ao atendimento odontológico e suas manifestações psíquicas. **JBP**, v. 1, n. 3, p.75-89, jul/ set, 1998.
27. SEXTON, J. et al. Children's behavior in emergency and non emergency dental situations. **J Clin Pediat Dent**, v.17, n. 2, p. 61-63, 1993.
28. SHESKIN, R.B. et al. Assessment of children's anxiety throughout dental treatment by their drawings. **J Dent Child**, v.49, n.2, p.99-106, march/ april, 1982.
29. SILVA, S.R.G. et al. A percepção da criança com relação a Odontopediatria. Um acréscimo da psicologia a odontologia. **Rev de Odontopediatria, Atualização e Clínica**, v.1, n.3, jul/ago/Set, 1992.
30. SWALLOW, J.N.; JONES, J.M.; MORGAN, M.F. The effect of environment on a child's reaction to dentistry for children. **J Dent Child**, p.290-292, july/aug, 1975.
31. TAYLOR, M.H.; MOYER, I.N.; PETERSON, D.S. Effect of appointment time, age, and gender on children's behavior in a dent setting. **J Dent Child**, v.50, n.2, p106-10, march/april, 1983.
32. VENHAM, L.L.; GAULIN-KREMER, E. A self-report measure of situational anxiety for young children. **Pediatr Dent**, v.1, n.2, 1979.

WDesign
Design Gráfico e WebDesign

Documentação científica completa

Escaneamento de fotos, slides e negativos

Desenvolvimento e execução de serviços gráficos

Projeto, desenvolvimento e manutenção de sites

Fone: (62) 242 00 94 E-mail: wddigital@wddigital.com.br

www.wddigital.com.br