

THAIS DA SILVA CINTRA

**A LUDOTERAPIA UTILIZADA NA DESSENSIBILIZAÇÃO
ODONTOLÓGICA DE CRIANÇAS PORTADORAS DE
NECESSIDADES ESPECIAIS**

ARAÇATUBA - SP

2009

THAIS DA SILVA CINTRA

**A LUDOTERAPIA UTILIZADA NA DESSENSIBILIZAÇÃO
ODONTOLÓGICA DE CRIANÇAS PORTADORAS DE
NECESSIDADES ESPECIAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Odontologia pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”-UNESP.

Orientadora: Professora Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar

ARAÇATUBA – SP

2009

Agradecimentos

À Prof. Sandra, pelo apoio, carinho e atenção durante o processo de orientação deste trabalho.

À minhas amigas: Arianne, Aná, Fer, Marcella, Mayara, Sayuri e Roberta, pelo amor, amizade e bom humor que fizeram de mim uma pessoa tão feliz durante esses anos.

Aos meus pais e minha irmã, pelos conselhos e tão verdadeiro amor.

CINTRA TS, AGUIAR SMHCA. A ludoterapia utilizada na dessensibilização odontológica de crianças portadoras de necessidades especiais.

Resumo: Brincar é essencial à saúde física, emocional e intelectual do ser humano. É brincando que a criança mergulha na vida. Toda criança precisa usufruir dos benefícios emocionais, intelectuais e culturais que as atividades lúdicas proporcionam. O objetivo deste estudo foi avaliar a reação comportamental de crianças portadoras de necessidades especiais, motivando, dessensibilizando e amenizando ou extinguindo o medo e a ansiedade destas com relação à odontologia, através de simulação da situação odontológica e de brincadeiras com material odontopedagógico. Participaram do estudo 120 crianças de ambos os gêneros, com idades entre 5 e 12 anos, portadoras de deficiência mental de leve a moderada, assistidas no CAO, separadas em dois grupos: Grupo 1 - 60 crianças que brincaram e simularam a situação odontológica em uma oficina odontopedagógica; Grupo 2 - 60 crianças sem contato algum com a oficina odontopedagógica, nem com estímulos odontológicos. A escala utilizada para a análise do comportamento da criança no consultório foi a **Escala de Comportamento de Frankl**. Os resultados obtidos mostraram uma diferença significativa entre os Grupos, confirmando que as crianças participantes das atividades de dessensibilização, demonstraram melhor aceitação ao tratamento odontológico. Concluímos que a ludoterapia mostrou-se eficaz para crianças portadoras de necessidades especiais, motivando, amenizando ou extinguindo o medo e a ansiedade em relação ao tratamento odontológico.

Palavras-chave: Ludoterapia; dessensibilização odontológica; paciente com deficiência.

CINTRA TS, AGUIAR SMHCA. Recreational therapy used in the dentistry desensitization for children with special needs.

Abstract: Play is essential to the human physical, emotional and intellectual health. It is playing that the child dives in life. Every child needs to enjoy the emotional, intellectual and cultural benefits that the recreational activities provides. The aim of this study was to evaluate the behavioral reaction of children with special needs, motivating, desensitize and alleviate or abolish the fear and anxiety of these related to dentistry, through dental treatment simulation and playing with dental material toys. 120 children of both genders, aged between 5 to 12 years old participated in this study, all of them suffering from mental disabilities from mild to moderate, assisted at CAOE, and, separated into two groups: Group 1 - 60 children that played and simulated the odontological situation in a dental office and dental material toys, Group 2 - 60 children without any contact with a dental office and dental material toys or with dental stimuli. The Frankl Behavior Scale was used for analyzing the behavior of the child in the dental office. The results showed a significant difference between the groups, confirming that the children participating in the activities of desensitization, showed better acceptance to dental treatment. We conclude that the recreational activities was effective for children with special needs, motivating, mitigate or abolish the fear and anxiety regarding dental treatment.

Keywords: Recreational activity; dental desensitization, patient with disability

Sumário

1	Introdução.....	7
2	Objetivo.....	12
3	Metodologia.....	13
4	Resultados.....	15
5	Discussão.....	18
6	Conclusão.....	22
7	Referências.....	23

INTRODUÇÃO:

Brincar é essencial à saúde física, emocional e intelectual do ser humano. Brincar é coisa séria, porque na brincadeira não há trapassa, há sinceridade, engajamento e doação. Brincando nós reequilibramos, reciclamos nossas emoções e nossa necessidade de conhecer e reinventar, desenvolvendo atenção, concentração e muitas outras habilidades.

É brincando que a criança mergulha na vida, sentindo-a na dimensão de suas possibilidades. No espaço criado para brincar, nessa aparente fantasia, acontece a expressão de uma realidade interior que pode estar bloqueada pela necessidade de ajustamento às expectativas sociais e familiares. A brincadeira proporciona oportunidades de transferências significativas que resgatam situações conflituosas.

Toda criança precisa usufruir dos benefícios emocionais e intelectuais e culturais que as atividades lúdicas proporcionam. Se observarmos a criança enquanto brinca, certamente constataremos sua realidade, pois o brincar é o momento da verdade da criança. Ela estará se desenvolvendo de forma integral e aprendendo, constituindo os objetos e os brinquedos a ela disponíveis, meios através dos quais poderá descobrir o mundo e construir seus conhecimentos a respeito dele.

Através da brincadeira, as formas de comportamento são experimentadas e sociabilizadas. O brincar e aprender fazem parte do mesmo processo, sendo assim, a brincadeira está diretamente ligada à educação.

Salimon (1992), propõe um tratamento do instrucional a partir do lúdico. Ele sugere que é preciso tratar o assunto como um jogo, ou usar o jogo como fonte de motivação do instrucional para desenvolver comportamentos que favoreçam a formação de estruturas psicomotoras, capazes de suportar os conhecimentos formais.

Graças ao jogo e à brincadeira, a criança desenvolverá conhecimentos de regras, sobre o perder e o ganhar, amplia seus sentimentos, enfim, aprende sobre a vida e adquire autoconfiança. Ela explora suas capacidades e adquire auto-estima e confiança, fixando e alcançando metas e “aprende o respeito a si mesma e ao seu meio”.

A brincadeira é um instrumento que fornece à criança a experiência necessária ao seu desenvolvimento sensorial, motor, perceptual, cognitivo, afetivo e cultural. O brincar é o início do processo de aprendizagem: a criança brinca naturalmente, num processo biológico inato e genético, com a mera finalidade de aprender e aprender. Pela brincadeira, ela explora o seu corpo e o seu ambiente, desenvolvendo as sensações exteroceptiva e proprioceptiva e vestibular.

Segundo Muris et al. (1996), os medos infantis fazem parte do desenvolvimento normal, têm função adaptativa e surgem em decorrência da maior percepção da criança dos perigos presentes em seu meio ambiente. Sentir medo e conseguir superá-lo permite que a criança aprenda interagir no mundo ao seu redor (Schachter; Mccauley, 1990).

Assim, inserindo neste contexto, o medo desempenha um papel importante, não representando apenas um sistema de resposta emocional com impacto negativo sobre o desenvolvimento, mas atuando de forma positiva, ajudando a criança a lidar com seus problemas com êxito. Portanto, é importante definir qual o índice de intensidade e características do medo são positivas e negativas no desenvolvimento da criança (Ferrari, 1986).

O medo e a ansiedade ainda são comuns em crianças e adultos, constituindo-se em significantes barreiras para a atenção odontológica, pois podem reduzir a cooperação do paciente ao tratamento, influenciar negativamente na adaptação, aumentar a dificuldade dos procedimentos terapêuticos, ampliar a percepção da dor e ainda gerar maior tensão ao profissional (Kleiman, 1982).

Portanto, além de identificar é preciso compreender a etiologia da ansiedade ao tratamento odontológico, a qual está inserida em um contexto multifatorial e, ainda, conhecer os principais métodos de gerenciamento comportamental e técnicas para redução e alívio da ansiedade.

A Escala de Comportamento de Frankl, após mais de 40 anos desde a sua elaboração, é ainda a mais aplicada. Ela consiste de quatro critérios de comportamento, variando da categoria “definitivamente positivo” para o “definitivamente negativo” e pode ser interpretado de diferentes maneiras: mostrando uma avaliação do comportamento infantil para cada etapa, ou

fornecendo uma avaliação global do comportamento durante a assistência odontológica (Winer, 1982).

Diversos estudos demonstraram que a idade pode estar relacionada a ansiedade ao tratamento odontológico, pois crianças de pouca idade são mais receosas que aquelas de uma faixa maior, provavelmente por perceberem a situação mais ameaçadora (Klingberg; Berggren; Norén, 1994; Klingberg et al., 1995).

Na literatura, pode ser observado que as crianças do gênero feminino reportam mais medo em comparação às do gênero masculino, além de demonstrarem respostas mais intensas. No entanto, este fato pode estar associado a um estigma, em que os meninos não reconhecem seus medos, são encorajados a escondê-los, e os pais, professores e outras pessoas tendem a não rotulá-los como medrosos (Wright; Lucas; Mcmyrray, 1980; Ferrari, 1986; Chapman; Kirby-Turner, 1999).

Além da idade e do gênero, as condições socioeconômicas e as variáveis culturais são também importantes (Ferrari, 1986).

Em odontologia, o desenvolvimento do medo através do condicionamento direto pode ser representado através de variáveis como a presença de dor durante o tratamento e a ocorrência de experiências odontológicas traumáticas anteriores (Liddell, 1990), índice de cárie elevado (Milgron et al., 1995) e experiência médica pregressa negativa (Holst et al., 1988).

Por meio da observação das reações de dor ou medo de outras pessoas expostas a um estímulo aversivo, o indivíduo pode desenvolver o medo do objeto ou situação, mesmo que não tenha vivenciado a experiência diretamente, isto ocorre através da aprendizagem indireta ou modelação (Ferrari, 1986).

No consultório odontológico são muitas as situações que causam medo na criança, como por exemplo, os ruídos produzidos pela turbina de alta rotação, queda de instrumentos, objetos e odores incomuns, a perda de apoio físico ou psíquico, estímulo intenso e repentino, movimento inesperado, medo do desconhecido e as opiniões negativas de terceiros sobre o tratamento odontológico (Frankl et al., 1962, Jersild, 1969).

Como já dito, as crianças se desenvolvem através de sua interação com o ambiente que as envolve, mas a profundidade dessa interação vai depender de sua capacidade para interagir.

A criança com deficiência física e/ou mental tem certa especificidade nas suas características e, portanto, necessidades de mediação social, de comunicação, de sociabilização, de atividades culturais, entre outras, que são universais.

A criança bem dotada é motivada a agir porque extrai do seu meio os estímulos provocadores de ação, entretanto, a criança portadora de necessidades especiais pode não captar esses estímulos ou não saber como reagir a eles, ficando assim privada das melhores oportunidades de desenvolvimento. Essa é a razão pela qual pode precisar de ajuda até para brincar. A criança especial, mais do que a chamada “normal”, precisa ser corretamente estimulada para alcançar o desenvolvimento máximo de suas potencialidades. E foi por esta razão, que os primeiros trabalhos em torno da utilização pedagógica de brinquedos surgiram ligados à família de excepcionais, todas as crianças precisam brincar, todas as crianças precisam de estímulos, mas as crianças especiais dependem dessa estimulação para se desenvolverem.

As pessoas com quem elas interagem devem estar preparadas para fazê-las de maneira eficiente: utilizando brinquedo adequado à etapa de desenvolvimento mental e/ou dificuldade física na qual a criança se encontra. Caso contrário, pode causar maior frustração ao deficiente.

No contexto do deficiente, não deveríamos apenas tentar refazer as etapas malsucedidas do seu desenvolvimento, mas também pensar a ação educativa em termos de comunicação da criança com o meio e com os profissionais, para evitar o aprisionamento dela em estado de inadaptação. Nesse sentido, a brincadeira reúne o que é básico para o desenvolvimento global, permitindo um plano de ação em situações interativas desejáveis do ponto de vista dos interesses da criança, para sua autonomia e sua independência nas relações com o meio.

Condições satisfatórias e pessoas envolvidas deverão ser orientadas não para se tornarem terapeutas, mas para que passem a vivenciar a situação juntamente com a criança, aprendendo tanto a lhe fornecer experiências que,

além de mais envolventes, estimulem todas as áreas simultaneamente, como a perceber a efetividade do seu trabalho. Essas condições nortearam a eleger a família ou responsáveis como principais agentes no processo, pois seriam as primeiras pessoas a estabelecerem um vínculo com o especial, além de participarem do seu cotidiano, de poderem propiciar o que é de fundamental importância: que as atividades sejam desenvolvidas com motivação, alegria, bom-humor, delicadeza e afeto.

A aproximação da mãe (ou responsável) traz satisfação à criança e a resposta desta, passa a ser uma fonte de estímulos para a mãe.

OBJETIVO:

O objetivo do presente estudo foi avaliar a reação comportamental de crianças especiais, durante a assistência odontológica, após participarem de brincadeiras com material odontopedagógico e simulação da situação odontológica, antes do tratamento propriamente dito, visando a motivação, dessensibilização e extinção do medo e a ansiedade destes.

METODOLOGIA:

A realização deste estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Odontologia, do Campus de Araçatuba-UNESP, através do Processo FOA 761/2004.

Participaram do estudo 120 crianças de ambos os gêneros, com idades entre 5 e 12 anos, com deficiência mental de leve a moderada, que iniciaram recentemente o tratamento odontológico no CAOÉ. As crianças foram separadas em dois grupos:

Grupo 1 – 60 crianças que brincaram e simularam a situação odontológica em uma oficina odontopedagógica, contendo consultório de brinquedo, com cadeira odontológica de madeira, inclusive com refletor, equipo e instrumental em miniatura, onde a criança pôde sentar e realmente se sentir em um consultório. A oficina também dispunha de brinquedos odontopedagógicos: bonecos de pelúcia com dentadura, réplica de uma escova dental grande, jogos com temas odontológicos, quebra-cabeça, desenhos com alimentos adequados ou não para uma ótima saúde bucal dentre outros.

A estas crianças foram fornecidos gorro, máscara e luvas para que incorporassem a figura do dentista, atendendo a uma boneca “Eliana”, do tamanho de uma criança com cinco anos de idade, simulando ser a paciente. A oficina também possuía uma outra boneca “Eliana” vestida como dentista e, a partir da técnica de modelação, eles se sentiram motivados a brincar como dentista. E, assim, minimizar, atenuar ou eliminar a imagem negativa do dentista, o receio e o medo.

Após uma sessão de aproximadamente 45 minutos, brincando na oficina odontopedagógica, a criança era encaminhada para o consultório onde foram realizados procedimentos odontológicos e todas as reações comportamentais da criança, frente à realização dos procedimentos odontológicos, foram anotadas pela pesquisadora.

Grupo 2: 60 crianças que brincaram ou não na sala de recreação do CAOÉ, sem contato algum com a oficina odontopedagógica, nem com estímulos odontológicos, pois nesta sala havia apenas instrumentos musicais, brinquedos comuns, televisão, videogame e desenhos para colorir. Após o período de recreação, a criança foi encaminhada ao consultório odontológico para

iniciar a consulta, sempre acompanhada da pesquisadora que observou e anotou toda a reação comportamental frente aos diversos estímulos odontológico.

As crianças selecionadas para participar do grupo experimental que recusaram-se a entrar na salinha odontopedagógica, foram incluídas nesse grupo, para manter a fidelidade da pesquisa.

Os pais e/ou responsáveis pelos pacientes, foram devidamente esclarecidos sobre toda a metodologia do estudo, concordaram e colaboraram, observando as reações e os comentários de seus filhos, bem como reforçando positivamente, através de comentários e atitudes que incentivaram a imagem positiva do dentista e do tratamento odontológico, propriamente dito.

A escala utilizada, para a análise do comportamento da criança no consultório, foi a **Escala de Comportamento de Frankl**, com quatro critérios de comportamento: “definitivamente positivo”, “positivo”, “negativo” e “definitivamente negativo”.

Na categoria “**definitivamente positiva**”, a criança apresentou-se cooperativa durante toda a consulta, não demonstrou medo ou resistência; na categoria “**positiva**”, a criança não apresentou medo, porém não colaborou, oferecendo certa resistência; na categoria “**negativa**”, a criança demonstrou medo, mas colaborou, não oferecendo resistência durante a intervenção; na “**definitivamente negativa**”, a criança não colaborou, demonstrando medo, resistência e necessitando de contenção física (com faixas e ajuda de auxiliar ou do próprio responsável).

Todos os dados observados foram tabulados e encaminhados para análise estatística, visando melhor interpretação dos resultados obtidos.

RESULTADOS:

Tabela 1- Resultados encontrados, com relação ao comportamento, nos grupos experimental e controle.

	def. positivo	positivo	negativo	def. negativo	total
grupo experimental	29	7	11	13	60
grupo controle	23	11	4	22	60

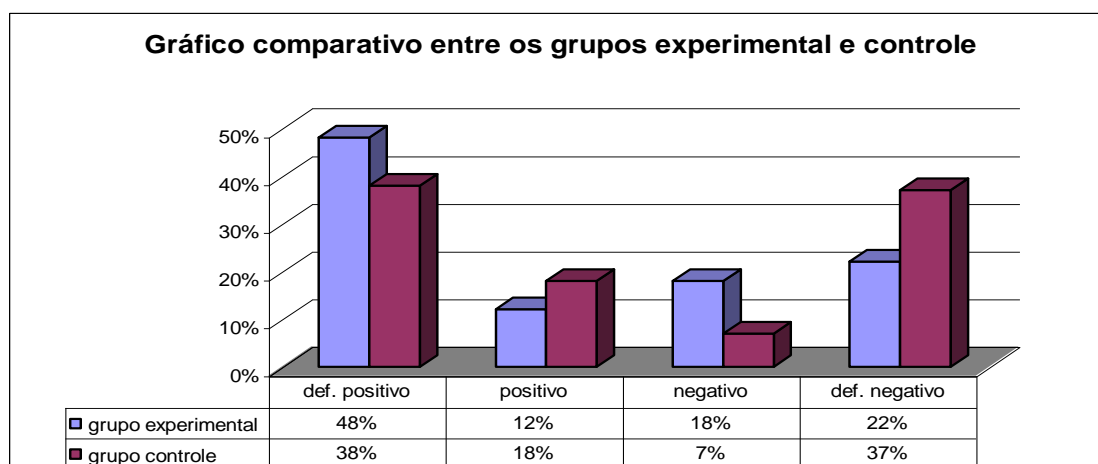


Gráfico 1- Gráfico comparativo, com relação ao comportamento, nos grupos experimental e controle.

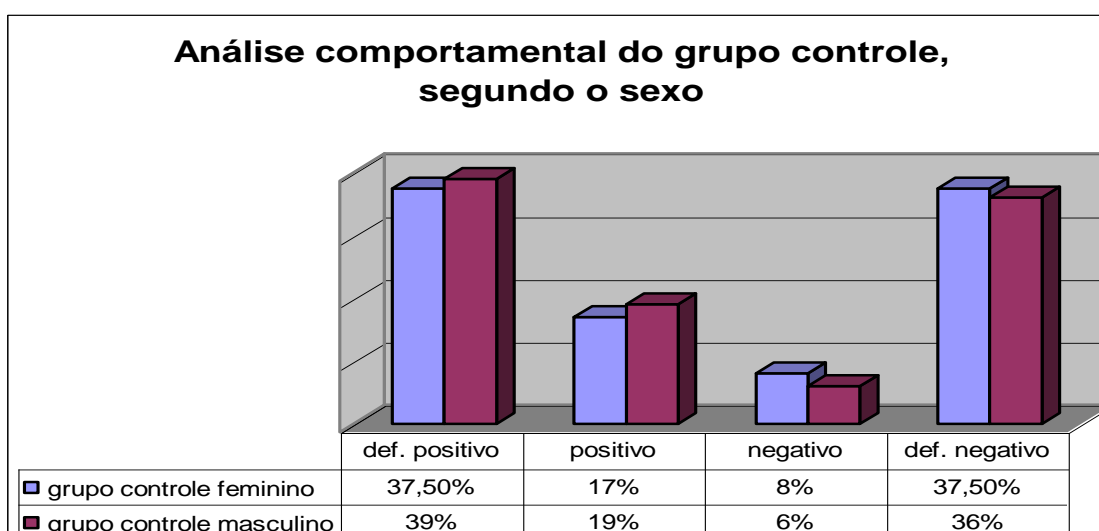


Gráfico 2- Análise comportamental do grupo controle, segundo o sexo

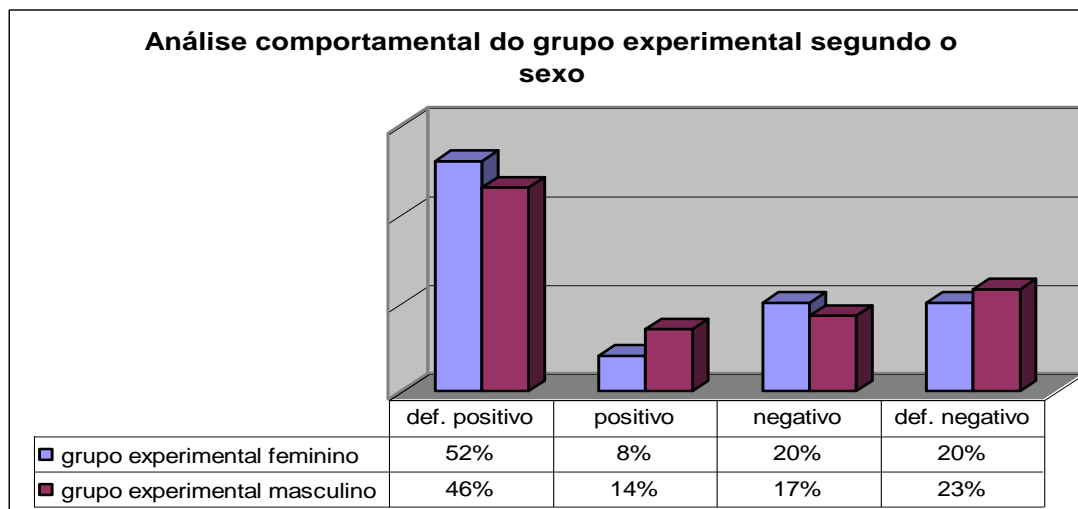


Gráfico 3- Análise comportamental do grupo experimental, segundo o sexo



Gráfico 4- Distribuição dos grupos segundo o tipo de necessidade especial

Foi verificado, após a análise estatística, que 48% das crianças do grupo experimental se enquadraram na categoria “definitivamente positiva”; 12% na categoria “positiva”; 18%, na categoria “negativa” e 22% na categoria “definitivamente negativa”. Dentre o grupo controle, 38% das crianças se enquadraram na categoria “definitivamente positiva”; 18% na categoria “positiva”; na categoria “negativa”, 7% das crianças se enquadraram e 37% na categoria “definitivamente negativa”.

Analisando as crianças segundo o gênero, observou-se que dentre o gênero feminino do grupo experimental, 52% se enquadraram na categoria “definitivamente positiva”; 8% na categoria “positiva”; 20%, na categoria

“negativa” e 20% na categoria “definitivamente negativa”. No grupo controle, 37,5% se enquadraram na categoria “definitivamente positiva”; 17% na categoria “positiva”; 8% na categoria “negativa” e 37,5% na categoria “definitivamente negativa”.

No gênero masculino do grupo experimental, 46% se enquadraram na categoria “definitivamente positiva”; 14% na categoria “positiva”; 17%, na categoria “negativa” e 23% na categoria “definitivamente negativa”. No grupo controle, 39% se enquadraram na categoria “definitivamente positiva”; 19% na categoria “positiva”; 6% na categoria “negativa” e 36% na categoria “definitivamente negativa”.

As crianças não foram analisadas segundo a faixa etária, por serem portadores de necessidades especiais com retardo mental de leve a moderado, pois nessa população, a idade cronológica, na maioria das vezes, não corresponde à idade mental.

Na análise segundo o tipo de necessidade especial, 72% das crianças dos grupos experimental e controle apresentaram algum tipo de retardo mental e 28% de ambos os grupos eram portadores de deficiência física, como déficit de audição e fala, fissura palatina, algum tipo de distrofia muscular entre outras alterações.

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou a reação comportamental de crianças especiais, frente ao tratamento odontológico após atividades lúdicas com material odontopedagógico e simulação da assistência odontológica.

A presença ou não de medo dos pacientes pôde ser observada, além da reação de choro ou reclamação, pela maneira com que mantinham seus pés e mãos. Na reação frente ao medo, as crianças contraem as mãos e posicionam os pés junto ao corpo ou para fora da cadeira, como se quisessem fugir do atendimento. Tais observações foram úteis na classificação comportamental dos pacientes, segundo a escala de Frankl.

Os resultados obtidos demonstraram uma diferença significativa entre os grupos experimental e controle; sendo que 48% do grupo experimental se concentrou na categoria “definitivamente positiva”, contra 38% do grupo controle nesta mesma categoria; já na categoria “definitivamente negativa”, os resultados foram ainda mais satisfatórios, pois observou-se que 22% das crianças do grupo experimental contra 37% do grupo controle se concentravam nesta categoria. Salimon (1992) propôs motivação instrucional através do lúdico, isso pôde ser confirmado em nosso estudo, pois os pacientes que participaram de atividades para dessensibilização, demonstraram melhor aceitação ao tratamento odontológico e menor incidência de reações aversivas extremas, que levassem a necessidade de contenção física do paciente. O lúdico utilizado de modo flexível possibilitou a ampliação das modalidades de intervenção odontológica, como já citado na literatura.

Nas categorias “positiva” e “negativa”, baseando-se nos resultados encontrados, deduz-se que o grupo controle se mostrou mais colaborador que o experimental, porém deve ser salientado que nestes grupos concentraram-se, aleatoriamente, os pacientes com mais problemas de saúde e emocionalmente mais sensíveis, recém-saídas de tratamento médico prolongado, internações hospitalares, ou que tomaram muitos medicamentos e injeções, por isso na maioria das vezes apresentam-se temerosos e assustados. Isto porque todas aquelas situações desagradáveis pelas quais passaram, de repente são revividas e trazem péssimas lembranças. Tais situações são muito freqüentes na população estudada, uma vez que, crianças

portadoras de necessidades especiais apresentam, quase em sua totalidade, outros problemas de saúde associados, além do odontológico, também confirmado no presente estudo.

Corkey e Freeman (1994) verificaram em um grupo de sessenta crianças, todas com seis anos de idade, que aquelas com atraso de desenvolvimento psicológico, com enurese noturna, distúrbios de sono, dificuldade de separação materna, alterações de humor e reações fóbicas a objetos comuns, demonstraram maior nível de ansiedade ao tratamento odontológico.

Além disso, a categoria positiva, de acordo com a escala de comportamento de Frankl, significa que a criança não apresentava medo à situação odontológica, mas oferecia resistência ao tratamento, assim sendo, observa-se que no grupo controle 18% dos pacientes, não apresentaram medo, mas ofereceram resistência ao tratamento, contra 12% do grupo experimental. Da mesma forma, observa-se que na categoria negativa, as crianças apresentavam medo, mas não ofereciam resistência ao tratamento, de modo que nesta situação observou-se que no grupo experimental, 18% deles apresentaram medo, mas não ofereceram resistência ao tratamento, já no grupo controle, apenas 7% deles não ofereceu resistência.

Um estudo realizado na enfermaria pediátrica do HU/UFSC(2006), avaliou a utilização do “brinquedo” como recurso mediador durante o atendimento odontológico dos pacientes internados, mostrando-se ser indicado para o ambiente da enfermaria pediátrica, uma vez que foi efetivo como mediador,além do mesmo ser de fácil execução e aplicação. Confirmando mais uma vez, a eficácia da ludoterapia para crianças.

A análise dos grupos experimental e controle divididos por gênero, mostrou-se contraditória à literatura, onde é descrito que as crianças do gênero feminino reportam mais medo em comparação às do gênero masculino, além de demonstrarem respostas mais intensas. No entanto, este fato pode estar associado a um estigma, onde os meninos não reconhecem seus medos, são encorajados a escondê-los, e os pais, professores e outras pessoas tendem a não rotulá-los como medrosos (WRIGHT; LUCAS; MCMYRRAY, 1980; FERRARI, 1986; CHAPMAN; KIRBY-TURNER, 1999). Porém no presente estudo a diferença comportamental entre os gêneros feminino e masculino,

segundo as categorias foi pequena. Tanto que no grupo experimental, “definitivamente positiva”: encontrou-se 52% de crianças do gênero feminino e 46% do gênero masculino; “definitivamente negativa”: 20% do gênero feminino e 23% do gênero masculino. No grupo controle, “definitivamente positiva”: encontrou-se 37,5% de crianças do gênero feminino e 39% do gênero masculino; já como categoria “definitivamente negativa”: 37,5% do gênero feminino e 36% do gênero masculino.

Diversos estudos demonstraram que a idade pode estar relacionada a ansiedade ao tratamento odontológico, pois crianças de pouca idade são mais receosas que aquelas de uma faixa maior, provavelmente por já terem condição de perceber uma situação mais ameaçadora (Klingberg; Berggren; Norén, 1994; Klingberg et al., 1995).

No presente estudo as crianças não foram analisadas segundo a faixa etária, por serem pacientes portadores de necessidades especiais e, nessa população, a idade cronológica, na maioria das vezes, não corresponde à idade mental.

Além da idade e do gênero, as condições socioeconômicas e as variáveis culturais são também importantes, pois crianças de baixo nível sócio-econômico podem apresentar mais medo do que aquelas de poder aquisitivo maior. No entanto, os tipos de estímulos temidos podem ser mais significativos do que o número absoluto de medos (Ferrari, 1986).

A população estudada, ou melhor, os pacientes portadores de necessidades especiais, assistidos no CAO, geralmente pertencem ao nível socioeconômico bem baixo, por isso procuram sempre por atendimento gratuito, já que a incidência de tais pacientes é muito maior onde há carência social, cultural e econômica.

A ludoterapia, através da simulação odontológica, mostrou-se eficaz na dessensibilização de indivíduos portadores de necessidades especiais, motivando, amenizando ou extinguindo o medo e a ansiedade em relação ao tratamento odontológico.

Além do conforto do paciente frente ao tratamento odontológico, tais atividades lúdicas são importantes para estreitar o elo criança-dentista, onde o profissional consegue penetrar no mundo da criança. Através das brincadeiras específicas, a criança expande seus conhecimentos a respeito do tratamento,

de forma que ela possa compreender o ato como menos agressivo do que anteriormente imaginava. Com a compreensão da criança sobre o tratamento odontológico e sua intimidade com o profissional, ela se torna mais tranqüila e colaboradora.

A população alvo do estudo foi de crianças que necessitam de atenção especial em todos os aspectos, inclusive no tratamento odontológico. São crianças geralmente excluídas pela sociedade, alvo de preconceito e vítimas de sua condição de deficiência física e/ou mental. Tornar o tratamento, seja médico ou odontológico, menos traumático e mais confortável é, além de um dever do profissional, uma questão de humanização.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos nesta pesquisa, podemos concluir que:

- o lúdico é de extrema importância e eficaz quando o objetivo é dessensibilizar as crianças e,
- utilizando-se o lúdico de modo flexível possibilita-se a ampliação das modalidades de intervenção na área odontológica e o bem-estar da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

BONATO, V. L. O Efeito positivo de atividades ludo-simbólicas na personalidade de portadores de deficiência mental leve. **Psikhe**; v.5, n.2,: p.58-65, jul-dez 2000.

CASTRO, A. M. **Medo da criança à assistência odontológica: Avaliação e correlação dos fatores influenciadores**. 2003. 156 f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2003.

CASTRO, A. M. **Avaliação da ansiedade e comportamento de crianças frente a procedimentos odontológicos preventivos e a correlação dos fatores influenciadores**. 2000. 137 f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2000.

CHAPMAN, H. R.; KIRBY-TURNER, N. C. Dental fear in children: a proposed model. **Br. Dent. J.**, London, v.187, n.8, p.408-412, Oct. 1999.

CORKEY, B.; FREEMAN, R. Predictors of dental anxiety in six-year-old children: findings from a pilot study. **J. Dent. Child.**, Chicago, v.61, n.4, p.267-271, Jul-Aug.1994

CORRÊA, M. S. N. P. **Sucesso no Atendimento Odontopediátrico – Aspectos Psicológicos**, 1ª ed., Livraria Editora Santos, 2002.

DORIN, L. **Psicologia da Criança**. Editora do Brasil S/A – São Paulo 1978.

FERRARI, M. Fears and phobias in childhood: some clinical and development considerations. **Child Psychiatr. Hum. Dev.**, New York, v.17, n.2, p.75-87, Winter 1986.

FONSECA, E. S. Atendimento pedagógico-educacional de bebês especiais no ambiente hospitalar. **Temas Desenvol**; v.9, n.49, p.9-15, mar-abr. 2000.

FOURNIOL FILHO, A. **Pacientes Especiais e a odontologia**. Ed. Santos. 1 edição. 1998.

FRANKL, S. N.; SHIERE, F. R.; FOGELS, H. R. Should the parent remain with the child in the dental operator? **J. Dent. Child.**, Chicago, v.29, n.2, p.150-163, Mar-Apr. 1962.

FRIEDMANN, A. et al. **O direito de brincar: a brinquedoteca** – São Paulo: Scritta: ABRINQ, 1992.

HOLST, A.; SCHRÖDER, U.; EK, L.; HALLONSTEN, A. L.; CROSSNER, C. G. Prediction of behavior management problems in children. **Scand. J. Dent. Res.** Copenhagen, v.96, n.5, p.457-465, Oct. 1988.

JERSILD, A. **Psicologia da criança**. Belo Horizonte: Itatiaia, p.276-304, 1969, apud.

KLATCHOIAN, D. A., **Psicologia Odontopediátrica**, 1ª ed., Editora Sarvier, 1993.

KLEIMAN, M. B. Fear of dentists as an inhibiting factor in children's use of dental services. **J. Dent. Child.**, Chicago, v.49, n.3, p.209-213, May-June 1982.

KLINGBERG, G.; BERGGREN, U.; NÓREN, J. G. Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. **Community Dent. Health**, London, v.11, n.4, p.208-214, Dec. 1994.

KLINGBERG, G.; BERGGREN, U.; CARLSSON, S. G.; NÓREN, J. G. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. **Eur. J. Oral Sci.**, Copenhagen, v.103, n.6, p.405-412, Dec. 1995.

LIDDELL, A. **Personality Characteristics versus medical and dental experiences of dentally anxious children**. *Journal of Behavioral Medicine*, 13 183-194. 1990.

LORENZINI, M. V. **Brincando a brincadeira com a criança deficiente**. Editora Manole Ltda – 2002.

MILGROM, P.; MANCL, L.; KING, B.; WEINSTEIN, P. Origins of childhood dental fear. **Behav. Res. Ther.**, Oxford, v.33, n.3, p.313-319, Mar. 1995.

MORAES, A. B. A. & Pessotti, I. **Psicologia aplicada à odontologia**. 1ª ed. São Paulo: Sarvier, 1985.

MUGAYAR, L. R. F. et al. Pacientes Portadores de necessidades especiais: **manual de odontologia e saúde oral**. Editora Pancast 2000.

MURIS, P.; STEERNEMAN, P.; MERCKELBACH, H.; MEESTER, S. C. The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. **Behav. Res. Ther.**, Oxford, v. 34, n.3, p.265-268, Mar. 1996.

PINTO, A. C. G.; CORRÊA, M. S. N. P.; GIGLIO, E. M., **Conduta Clínica e Psicologia em Odontologia Pediátrica**, 3ª ed., Livraria Editora Santos.

POSSOBON, R. F.; CAETANO, M. E. S.; MORAES, A. B. A. Odontologia para crianças não colaboradas: relato de casos; **RBO**, Rio de Janeiro, vol. 55, nº2, pág. 80-83, 1998.

POSSOBON, R. de F. et al. O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. **Psicologia: teoria e pesquisa**. vol. 19, n. 1, p. 059-064, jan-abr 2003.

SALIMON, L. I. **Atividades lúdicas como suporte de situações instrucionais**. Marília Unesp, 1992. 9, p. (Apostila).

SCHACHTER, R.; MCCAULEY, C. **Meu filho tem medo: um guia prático para ajudar crianças e jovens a superar seus medos**. São Paulo: Saraiva, 1990. 286p.

SUKIENNIK, P. B. Terapia de jogos com deficientes mentais. **Rev. HCPA & Fac. Méd. Univ. Fed. Rio Gd do Sul**; v.5, n.2, p.147-50, dez.1985.

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria: fundamento para a prática clínica**. 3ª ed. São Paulo: Premier, 2005.

WINER, G. A. A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. **Child Development**. 53(5), 1111-1133-1982.

WRIGTH, F. A. C.; LUCAS, J. O.; MCMURRAY, N. E. Dental anxiety en-five-to-nine year old children. **J. Pedod.**, Boston, v.4, n.2, p.99-115, Winter 1980.

