

Fátima Ioko Mochidome

**AVALIAÇÃO DO MEDO INFANTIL À ASSISTÊNCIA
ODONTOLÓGICA ATRAVÉS DE UM MÉTODO
PROJETIVO MODIFICADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Odontopediatria.

Orientador: Prof. Dr. Célio Percinoto

Araçatuba
2006

Dados Curriculares

Fátima Ioko Mochidome

Nascimento: 04/03/1952 Uberlândia – MG.

Filiação: Isao Mochidome
Jandira Mochidome

1974-1977: Curso de Graduação em Odontologia - Universidade Federal de Uberlândia

1978-1979: Curso de Pós-Graduação, nível Mestrado, na Universidade de São Paulo - São Paulo

1980: Professora Auxiliar de Ensino da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

1994: Professora Titular da Área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia.

2003: Aluna do Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria, nível Doutorado, na Faculdade de Odontologia “Júlio de Mesquita Filho” Campus de Araçatuba - UNESP.

Dedicatória

Dedico este trabalho

Ao meu filho, *Frederico Mochidome Falcão Campelo*, pela sua compreensão, nas ausências constantes em momentos importantes de nossas vidas.

Aos meus pais, *Isao Mochidome e Jandira Mochidome*, minha eterna gratidão por acreditarem numa vida de amor e dignidade.

Às minhas irmãs, *Elza, Rosa, Gelza, Jasmelina e Rosarita*, e aos meus cunhados e sobrinhos, pela amizade, carinho e companheirismo.

Agradecimentos Especiais

À Deus,

Pela proteção, e presença constante em minha vida.

Aos alunos da Eseba,

Pela colaboração, interesse, alegria em participar da pesquisa, e para que possamos com isso melhorar o futuro com qualidade e sorrisos em todos os rostos.

Ao meu Orientador, *Prof. Dr. Célio Percinoto*, na orientação segura e competente desta tese, sabedoria, paciência, solidariedade e amizade. Por ser uma pessoa tão especial, ao mestre, minha eterna gratidão.

À *Dra. Alessandra Maia de Castro*, agradeço a convivência, o carinho, amizade, que incansavelmente e com talento muito me mostrou sua grandeza.

Aos professores *Rosimeyri Lustoza Wanderley, Myrian Stella de Paiva Novaes, Fabiana Sodré de Oliveira, Guilherme Araújo de Almeida, Luiz Mário Guimarães Gonçalves*, da área de Odontologia Pediátrica da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, pelo apoio, amizade, carinho que, em momentos de tristeza ou alegrias sempre estivemos juntos.

Ao *Prof. Dr. Alfredo Júlio Fernandes Neto*, Diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia, que dedica com amor e competência suas atividades no ensino e pesquisa.

  Faculdade de Odontologia de Araçatuba, da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” - UNESP, na pessoa de seu diretor, *Prof. Dr. Paulo Roberto Botacin*.

Ao *Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem*, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba - UNESP, pelo pesquisador competente, que com dedicação, carinho e amizade no convívio com seus alunos, mostra sua grandeza.

Aos docentes da Disciplina de Odontopediatria, *Prof. Dr. Célio Percinoto, Prof. Dr. Robson Frederico Cunha, Profa. Dra. Rosângela dos Santos Nery, Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem, Profa. Dra. Sandra Maria Herondina Coelho Ávila de Aguiar*, pela oportunidade, incentivo, amizade e sabedoria, nos transmitindo ensinamentos técnicos e científicos.

Aos colegas de Pós-Graduação (Doutorado), *Edo, Daniela, Sueli, Ana Elisa e Eduardo*, meus agradecimentos pelas alegrias, dificuldades, respeito, meu carinho.

Aos funcionários da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Uberlândia - FOUFU, *Sônia Beatriz, Débora e Tavares* e aos funcionários da Disciplina de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Araçatuba – UNESP, *Maria, Mário, Célia e Bertolina*, pela amizade, simpatia, alegria e apoio.

Às funcionárias da Seção de Pós-Graduação, em especial, a *Sra. Marina Midori Sakamoto Kawagoe* e *Srta. Valéria de Queiroz Marcondes Zagotto*, pelo apoio e disponibilidade.

Ao *Prof. Dr. Fábio Arouca* pela colaboração e disponibilidade na análise estatística dos resultados.

À *Profa. Rosa Yoshiko Mochidome Mundim* pelas orientações nos trabalhos de inglês .

À *Paula Mochidome Yamaguti, Miguel Mochidome Mundim, Gabriel Mochidome Mundim, Leila Midori Yoshida e Thaís Akemi Yoshida*, pelo apoio constante.

À direção da Escola de Educação Básica da Universidade Federal de Uberlândia, *Prof. Hudson Rodrigues Lima*, Diretor desta instituição que colaborou e apoiou nesta jornada.

À Odontopediatra, *Luiza Helena de Paula Oliveira*, que incansavelmente esteve presente em toda a jornada, pela amizade sincera e tão importante no decorrer da pesquisa.

Aos professores da Escola Básica da Universidade Federal de Uberlândia, que souberam compreender e com disposição e sem medir esforços, liberar as crianças da sala de aula.

À amiga Cleusa M.Ribeiro pela amizade, carinho e incentivo.

Aos pais dos alunos que aceitaram colaborar, pois foram fundamentais para que ocorresse a pesquisa.

.

Lista de Tabelas

Tabela 1. Distribuição da população de estudo, segundo o gênero e o tipo de atenção odontológica	55
Tabela 2. Distribuição das crianças de acordo com os resultados obtidos no Subteste I	56
Tabela 3. Distribuição das crianças de acordo com os resultados obtidos no Subteste II	60
Tabela 4. Distribuição das crianças de acordo com os resultados obtidos no Subteste III	61
Tabela 5. Avaliação geral dos três Subtestes	62
Tabela 6. Distribuição do número e porcentagem das crianças, segundo o comportamento durante a aplicação do CDFP-Modificado, de acordo com o gênero	63

Lista de Figuras

- Figura 1. Número de respostas de cada ilustração cujas histórias narradas foram classificadas em “com medo”, no grupo de crianças do gênero masculino que recebeu atendimento preventivo, e as ilustrações com maior frequência 57
- Figura 2. Número de respostas de cada ilustração cujas histórias narradas foram classificadas em “com medo”, no grupo de crianças do gênero masculino que recebeu tratamento curativo, e as ilustrações com maior frequência 57
- Figura 3. Número de respostas de cada ilustração cujas histórias narradas foram classificadas em “com medo”, no grupo de crianças do gênero feminino que recebeu atendimento preventivo, e as ilustrações com maior frequência 58
- Figura 4. Número de respostas de cada ilustração cujas histórias narradas foram classificadas em “com medo”, no grupo de crianças do gênero feminino que recebeu tratamento odontológico curativo, e as ilustrações com maior frequência ... 58
- Figura 5. Número de respostas de cada ilustração cujas histórias narradas foram classificadas em “com medo”, de acordo com todos os participantes, e as ilustrações com maior frequência .. 59
- Figura 6. Número de respostas para as sentenças com ocorrência de palavras negativas completadas pelas crianças no Subteste III 61

Lista de Abreviaturas

CDFP	<i>Children's Dental Fear Picture Test.</i> Teste Projetivo do Medo Infantil ao Tratamento Odontológico
CFSS-DS	<i>Children's Fear Survey Schedule – Dental Subscale</i> Lista dos Medos Infantis – Subescala Odontológica
DAS	<i>Dental Anxiety Scale</i> Escala de Ansiedade ao Tratamento Odontológico
VPT	<i>Venham Picture Test</i> Teste Projetivo de Venham
EVA	Escala Visual Analógica
MF67P/T	Masculino /Feminino 6 e 7 anos Preventivo /Curativo

Sumário

	Lista de Tabelas	
	Lista de Figuras	
	Lista de Abreviaturas	
	Resumo	
	Abstract	
1	Introdução	21
2	Revisão de Literatura	24
	2.1 Medo e ansiedade	25
	2.2 Fatores influenciadores, prevalência e métodos de avaliação do medo ao tratamento odontológico	27
3	Proposição	43
4	Material e Método	45
	4.1 População de estudo	46
	4.2 Teste projetivo do medo infantil ao tratamento odontológico modificado	47
	4.3 Avaliação do comportamento durante a aplicação do CDFP	51
	4.4 Análise estatística	53
5	Resultado	54
	5.1 Caracterização da população de estudo	55
	5.2 Resultados CDFP-Modificado	55
	5.3 Comportamento durante a aplicação do CDFP	62
6	Discussão	63
7	Conclusão	72
	Referências Bibliográficas	74
	Anexos	80

MOCHIDOME, F.I. *Avaliação do medo infantil à assistência odontológica através de um método projetivo modificado*. 2006. 101f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba. 2006.

RESUMO

Enquanto uma grande maioria das crianças aceita o tratamento odontológico, algumas, devido ao medo e ansiedade, necessitam de uma abordagem mais criteriosa, exigindo que o odontopediatra recorra a técnicas de gerenciamento comportamental para realização dos procedimentos clínicos. Portanto, a utilização de instrumentos para avaliação do medo e ansiedade, como os métodos projetivos, adquire importância, pois permite conhecer a criança e suas emoções. Assim, a proposta deste estudo foi avaliar o medo das crianças à assistência odontológica, utilizando como instrumento, um método projetivo (Teste Projetivo do Medo Infantil ao Tratamento Odontológico – CDFP-Modificado). Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foram selecionadas 80 crianças, estudantes da Escola de Educação Básica (ESEBA), na faixa etária de seis a sete anos, sendo 40 do gênero masculino e 40 do feminino, subdivididos em grupos equitativos de alunos, já submetidos a tratamento odontológico preventivo ou curativo. O teste projetivo foi modificado para melhor entendimento das crianças, composto por três subtestes, permitindo a classificação dos pacientes em três categorias: com medo, sem medo e incerto. No subteste I, os desenhos de animais foram substituídos por figuras humanas. Os resultados revelaram que no

subteste I, apenas quatro crianças (5,0%) foram avaliadas na categoria “com medo”, independente do gênero e do tipo de atendimento odontológico. Para o subteste II, somente pacientes submetidos a tratamento preventivo apresentaram medo ao tratamento odontológico, sendo que das vinte meninas, apenas três (15,0%) apresentaram medo ao tratamento odontológico e em relação ao gênero masculino, foram dois pacientes (10,0%). No subteste III, duas crianças (5,0%), do gênero feminino, submetidas a tratamento curativo, foram classificadas em “com medo”. Nenhuma criança foi classificada na categoria incerto, em nenhum dos subtestes. Portanto, concluiu-se que a maioria das crianças apresentou-se sem medo ao tratamento odontológico, independente do gênero ou do tipo de atendimento recebido.

Palavras-chave: Psicologia; ansiedade ao tratamento odontológico; medo; comportamento infantil.

MOCHIDOME, F.I. *Child's fear evaluation to dental treatment using a modified CDFP method*. 2006. 101f. Tese (Doutorado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba. 2006.

ABSTRACT

While a great majority of children can cope with dental treatment, some of them due to fear or anxiety demand that dentist use behavior management techniques to perform clinical procedures. So, using tools to evaluate fear and anxiety, such as projective methods, become important, as its allow knowing the child and her emotions. The purpose of this was to evaluate children's dental fear in dental treatment by using Children's Dental Fear Picture Test – CDFP-modified. After the approval of the Ethic Committee in Research, 80 children were selected. All of them were students of School of Basic Education (ESEBA) from six to seven years old, 40 male and 40 female. They were subdivided in fair groups of students who had already had either preventive or curative dental treatment. The Children's Dental Fear Picture test was modified for children's better understanding of the method. It was composed by three subtests, which allows patients classification into three categories: fearful, no fearful and uncertain. In Subtest I, pictures of animals were replaced by human pictures. The results showed that in Subtest I, only four children (5.0%) were rated as “fearful”, no matter the gender or the kind of dental treatment for Subtest II, only patients who had had preventive dental treatment displayed fear regarding dental treatment. Among twenty girls, only

three (15.0%) showed fear of dental treatment, and among the males, only two patients (10.0%). In Subtest III, two children (5.0%), female, who had curative treatment, were assessed as "fearful". No children was classified as "uncertain" in any of the subtests. So, we concluded that the majority of children were fearless when facing their dental treatment, no matter the gender or the kind of dental treatment they had been submitted previously.

Key-Words: Psychology; dental anxiety; fear; child behavior.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a Odontologia tem oferecido aos pacientes tratamento preventivo, entretanto, ainda é vista como uma profissão que provoca medo e ansiedade em crianças e adultos.

Apesar do medo na infância ser normal e saudável, quando persiste por um longo período, causa expectativas negativas, estabelecendo experiências traumáticas e/ou fuga do tratamento odontológico. As consequências em longo prazo podem influenciar a saúde bucal, a aparência e o bem estar geral. Por outro lado, se for oferecido à criança uma oportunidade e tempo para que ela se familiarize com a situação que produz medo, permitindo um ambiente seguro, ela se tornará colaboradora (WEINSTEIN; NATHAN, 1988).

Diversos estudos demonstram que a idade pode estar relacionada à ansiedade ao tratamento odontológico, pois crianças de pouca idade são mais receosas do que aquelas de faixa etária maior, porque a expressão do medo se modifica com o passar dos anos, em razão dos agentes socializadores (FERRARI, 1986; KLINGBERG; BERGGREN; NORÉN, 1994).

Algumas crianças com medo, se recusam entrar no consultório ou cooperar com um pedido de abrir a boca, outras podem reclamar, chorar, gritar ou se debater. No entanto, para alguns pacientes a expressão do medo, pode ser menos evidente, o que poderá ser determinado por tensão muscular ou expressão facial (WEINSTEIN; NATHAN, 1988).

É fundamental obter informações sobre experiências passadas, história familiar, atitudes em relação à Odontologia, níveis passados e presentes da ansiedade e expectativa atuais. Existe uma variedade de métodos efetivos, que quando propriamente usados, podem auxiliar os profissionais, tanto no tratamento, como na avaliação da ansiedade (WEINER, 1992).

Apesar destes métodos apresentarem limitações e particularidades, a utilização destes testes não constitui ainda uma rotina no consultório (FORMIGA; MELLO, 2000). Entre os métodos utilizados para este propósito, destacam-se os de auto-relato ou medidas psicométricas, as técnicas fisiológicas, escalas para registro do comportamento e métodos projetivos.

Os métodos projetivos são de especial interesse, uma vez que procuram desvendar as emoções e o inconsciente, captando um mundo simbólico, que na maioria das vezes, é difícil de ser expresso numa linguagem verbal (KLINGBERG; HWANG, 1994; FORMIGA; MELLO, 2000).

Portanto, os instrumentos de medidas da ansiedade e do medo infantil atuam como um método auxiliar a que o profissional pode recorrer para prever o possível comportamento da criança, melhorando a relação profissional-paciente, no sentido de diminuir a ansiedade e prevenir doenças bucais (RAMOS-JORGE; PORDEUS, 2004).

Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a eficácia de um método projetivo modificado na ansiedade e medo à assistência odontológica em crianças.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Medo e Ansiedade

O medo faz parte do desenvolvimento infantil, em geral é transitório e não produz grandes perturbações na vida diária de criança. Embora a capacidade de vivenciar o medo, seja uma função biológica inata, respostas de medos a certos objetos e situações são em grande parte adquiridas por meio da aprendizagem. As experiências de medo apropriadas à idade, ajudam a criança a desenvolver habilidades, no entanto, muitos medos infantis, inicialmente normais, podem persistir por longos períodos e produzir diversos problemas para a criança e sua família (WEINSTEIN; NATHAN, 1988; ÖST, 1991; MORAES; GIL, 1993).

Os medos na infância são comuns e ligados a fases específicas do desenvolvimento, e surgem porque a criança é capaz de perceber os perigos potenciais em seu ambiente, mas incapaz de compreendê-los completamente, assim como, de exercer o controle sobre eles (MURIS et al.,1996).

Os termos medo, temor, ansiedade e angústia não são devidamente diferenciados na linguagem corrente. Na Psicologia, freqüentemente é impossível diferenciá-los com exatidão. Ansiedade e medo são interdependentes, tendo uma natureza comum. O medo é objetivo, consiste de uma resposta biológica relacionada a um evento, situação ou objeto específico (CHADWICK, 2002).

Segundo Ferrari (1986), o medo é conceituado como um estado de apreensão ou resposta a uma situação ameaçadora e real.

Foi sugerido por Rachman (1977), que os medos têm sua origem na experiência direta, outros podem surgir via modelação ou por exposição à informação ameaçadora. Essa teoria ajuda a explicar porque nem todos os indivíduos temerosos foram expostos a episódios de condicionamento traumático. Os medos transmitidos por meio de informações são considerados menos severos e, provavelmente, constituem a base para a maioria dos medos do dia-a-dia.

Na avaliação dos medos na infância, Ferrari (1986) destacou que a idade representa uma importante variável, pois a expressão do medo se modifica com o passar dos anos, em virtude dos agentes socializadores. Os bebês e as crianças de pouca idade demonstram medo em resposta a algum fato que ocorre na presença deles, pois a maturação, no nível sensorial e motor, restringe a variação dos medos que eles podem sentir a um cenário limite. Na fase pré-escolar, as crianças temem insetos e objetos que alterem o seu meio ambiente e durante a fase escolar, o uso da imaginação e outras capacidades cognitivas fazem com que as crianças sintam receio do sobrenatural e injúrias ao corpo.

Para Badra (1987), o medo pode ser a percepção ou a ameaça externa, mas ao longo do tempo ele passa a ser interiorizado o que o transforma em ansiedade.

Entende-se que a ansiedade é uma resposta às situações nas quais a fonte de ameaça ao indivíduo não está bem definida, é ambígua e não está objetivamente presente (MILGROM; WEINSTEIN, 1985).

Segundo Klatchoian (2002), a ansiedade é um estado psíquico, em que predominam sentimentos de caráter ameaçador, desencadeados por estímulos internos ou externos, reais ou imaginários, que estejam na eminência de ocorrer.

2.2 Fatores Influenciadores, Prevalência e Métodos de Avaliação do Medo ao Tratamento Odontológico

Para Shaw (1975), a ansiedade infantil ao tratamento odontológico é complexa e com vários fatores de interação importantes. Foram comparadas as experiências odontológicas e as atitudes dos pais das crianças ansiosas e não-ansiosas frente ao tratamento. Os resultados revelaram diferenças marcantes entre os grupos, pois as crianças ansiosas foram submetidas a um maior número de exodontias e experiências traumáticas, e seus pais apresentaram maior grau de ansiedade ao tratamento odontológico em comparação ao outro grupo. Assim, as experiências odontológicas anteriores das crianças e as atitudes dos pais frente à Odontologia desempenharam papel relevante na determinação da ansiedade infantil, mas outros fatores, como o número de hospitalizações da criança, o tipo de tratamento, as atitudes frente a médicos e hospitais e a presença de distúrbios emocionais e comportamentais também devem ser considerados.

Liddell (1990), em um estudo com 179 crianças, sendo 97 do gênero feminino e 82 do masculino, entre 9 e 12 anos de idade, utilizando o *Fear Survey Schedule for Children - Revised* (FSSC-R - Escala de Pesquisa do Medo para Crianças), relatou que as medidas comportamentais e o auto-relato indicaram que as crianças mais propensas de demonstrar ansiedade ao tratamento odontológico foram aquelas que apresentaram mais estresse durante as visitas odontológicas.

Raadal et al. (1995) verificaram a prevalência do medo ao tratamento odontológico, utilizando o *Children Fear Survey Schedule – Dental Subscale*, (CFSS-DS) numa população de 895 crianças, de 5 a 11 anos de idade. Foi

constatado que em torno de 14,5% das crianças apresentaram um nível elevado de medo, pois o valor médio obtido por meio da CFSS-DS foi de 34,3 para o gênero masculino e de 31,1 para o feminino. Os itens que alcançaram os maiores escores foram medo de estranhos, de injeção, ir ao hospital e medo de engasgar.

McComb et al. (2002) sugeriram a utilização de uma forma modificada da CFSS-DS, restringindo para dez o número de questões e as alternativas de respostas para quatro itens (1= sem medo; 2= pouco medo; 3= medo moderado e 4= muito medo). Além disso, para assegurar que a criança compreenderia as respostas, utilizou-se, simultaneamente, como recurso auxiliar, um esquema contendo quatro círculos de diferentes tamanhos (correspondentes às alternativas), os quais deveriam ser selecionados conforme seu grau de medo. Neste estudo, participaram 38 crianças, de 3 a 6 anos de idade, as quais receberam atendimento odontológico sob sedação e um grupo controle, sem sedação. Foi verificado que a média da CFSS-DS foi de $20,7 \pm 7$ para o grupo experimental e de $21,7 \pm 9$ para o outro, não havendo diferença estatística significativa entre os grupos.

Para Klingberg e Broberg (1998) existem evidências clínicas que demonstram uma diferença de temperamento entre crianças com medo do tratamento dentário e aquelas que apresentam problemas comportamentais, pois crianças com nível elevado de medo apresentaram altos escores de timidez. Assim, o temperamento pode ter importância etiológica para o desenvolvimento deste sentimento e para diminuir o risco é importante que elas tenham uma atenção especial durante o exame e o tratamento odontológico. As crianças tímidas são lentas para se entrosar com as pessoas que não são da família e medrosas diante de situações novas. Conseqüentemente, o tratamento

odontológico ou médico desses pacientes deve incluir mais tempo para permitir que elas tomem conhecimento da nova situação, além de uma introdução apropriada de todos os passos no tratamento e uso de pessoal e técnicas para diminuir a dor e o desconforto.

Klatchoian (2002) ressaltou a influência da idade em relação ao medo, pois crianças com até 4 anos de idade demonstram maior medo devido à imaturidade, à ansiedade de separação da mãe, estar na presença de estranhos e também por apresentarem medo de barulhos e de ambientes desconhecidos. Acima dessa faixa etária, as crianças apresentam atitude mais cooperativa, porém, aquelas com medo exacerbado, possivelmente, passaram por situação odontológica traumatizante ou podem estar transferindo inconsciente ou inadvertidamente, outro tipo de experiência existencial carregada de medo para ao ambiente odontológico. Na adolescência, os pacientes sentem vergonha de demonstrar medo, receando serem criticados ou ridicularizados.

Locker et al. (1999) relataram que pouca atenção tem sido dada ao início da ansiedade no tratamento odontológico, pois os estudos realizados tinham por objetivo identificar a idade do seu início com relação a fatores etiológicos potenciais, tais como experiências odontológicas negativas e história familiar de ansiedade ao tratamento. Participaram desta pesquisa 1420 indivíduos e verificou-se que 16,4% tinham ansiedade ao tratamento odontológico, sendo que destes, 50,9% relataram início na infância, 22,0% na adolescência e 27,1% na idade adulta. Os autores concluíram que as experiências negativas na infância previam o medo ao tratamento odontológico.

Singh, Moraes e Bovi-Ambrosano (2000) avaliaram o medo, a ansiedade e a capacidade de controle em 364 crianças, de 7 a 13 anos de idade, de ambos os

gêneros. Foram formados, aleatoriamente, grupos de 10 alunos que responderam a questionários. Os pesquisadores liam a pergunta e as crianças assinalavam suas respostas. Para todas as crianças avaliadas, independentemente da faixa etária e do gênero, a ansiedade foi maior para aquelas que receberam anestesia, quando comparadas com aquelas que não receberam anestesia. Este fato reafirma a hipótese de que os tratamentos odontológicos invasivos sempre aumentam a ansiedade.

Ramos-Jorge e Pordeus (2004) demonstraram que os instrumentos de medida da ansiedade infantil, válidos e confiáveis, atuam como um método auxiliar aos quais o profissional pode recorrer para prever o possível comportamento da criança, melhorando a relação profissional-paciente, no sentido de diminuir a ansiedade e prevenir doenças bucais. Atualmente, vêm sendo utilizados com este propósito: avaliação do comportamento durante as consultas odontológicas, as medidas psicométricas, as técnicas fisiológicas e os métodos projetivos (WINER, 1982).

A medida mais utilizada na avaliação do medo e ansiedade, segundo Winer (1982), é a análise do comportamento infantil durante o tratamento odontológico. Várias escalas foram desenvolvidas, destacando-se a Escala de Comportamento de Frankl (FRANKL; SHIERE; FOGELS, 1962), a Escala de Sarnat (SARNAT et al., 1972), a Escala de Avaliação do Perfil Comportamental de Melamed et al. (1975), as Escalas de Avaliação do Comportamento Cooperativo e da Ansiedade Clínica de Venham (VENHAM; BENGSTON; CIPES, 1977) e a Escala de Avaliação Comportamental da Carolina do Norte (CHAMBERS; FIELDS; MACHEN, 1981).

Para Winer (1982) e Klepsch e Logie (1984) apesar de larga utilização da avaliação do comportamento, deve-se destacar que as escalas registram o comportamento infantil sob o ponto de vista do examinador, o qual pode ser severo, cauteloso ou demasiadamente generoso, influenciado pela qualidade da criança. Além disso, a ausência de sinais de não-colaboração ou de ansiedade, de acordo com o registro das escalas de comportamento, não significa que a criança não se sinta apreensiva ou com medo, isto é, a criança pode se sentir ansiosa mas não manifesta externamente estes sinais.

As manifestações fisiológicas das emoções constituem em uma antiga preocupação, mas o conjunto de sinais físicos capaz de evidenciar a presença da ansiedade ainda não está definido.

De acordo com Klatchoian (2002), um agente produtor de estresse, seja um evento externo (situação perigosa) ou interno (angústia, ansiedade) atinge os cinco sentidos, a propriocepção e os receptores psicológicos. Após estimulações, o tálamo e o tronco-cerebral enviam-nas ao hipotálamo, sistema límbico e ao córtex cerebral para que seja elaborada uma reação do organismo ao estressor. Esta resposta demanda uma carga emocional, cognitiva e hormonal. No nível hormonal, a resposta é mediada pelo eixo hipotálamo-hipófise-glândula supra-renal. Os hormônios da glândula supra-renal, a adrenalina e a noradrenalina, dilatam os pulmões, aumentam a pressão arterial e elevam a frequência cardíaca, enquanto o córtex dessa glândula promove a liberação de cortisol e aldosterona, os quais preparam o organismo para a reação de estresse.

Segundo Winer (1982) e Klingberg e Hwang (1994), as respostas fisiológicas como a frequência cardíaca, a pressão arterial, a resposta cutânea galvânica, o índice de sudorese palmar, a tensão muscular e o padrão de

respiração podem auxiliar na identificação da ansiedade ao tratamento odontológico. No entanto, estas medidas estão restritas a situações específicas, pois requerem a utilização de equipamentos especiais.

West, Reid e Bastawi (1983) registraram e compararam os indicadores fisiológicos da ansiedade (os batimentos cardíacos, pulsação, resposta cutânea galvânica e condutibilidade da pele) de 21 crianças, entre 6 a 12 anos de idade, durante um tratamento restaurador. Eles foram separados em dois grupos de acordo com o nível de ansiedade estimado por seus pais. Os resultados revelaram que durante a anestesia local, ocorreu um aumento em todos os indicadores e a resposta cutânea galvânica foi o parâmetro específico para a distinção das crianças ansiosas e não-ansiosas.

Akyuz, Pince e Hekim (1996) citaram a avaliação dos níveis salivares de cortisol como forma de identificar a ansiedade. O grupo estudado foi constituído por oito crianças, com média de idade de 5,6 anos, sem experiência odontológica anterior que apresentavam lesões de cárie nos molares decíduos. O tratamento restaurador foi executado sem uso de anestesia e para a análise do nível de cortisol, a saliva foi coletada em rolos de algodão esterilizados, colocados sublingualmente, por um período de 5 minutos, e em seguida transferidos para tubos de polipropileno. Este procedimento foi realizado em duas sessões consecutivas, em diferentes etapas do tratamento e foi observado que os níveis de cortisol obtidos nas duas consultas aumentaram significativamente durante o preparo cavitário.

Os testes de auto-relato, ou medidas psicométricas, elaborados para avaliar a ansiedade, são de fácil aplicação, objetivos, flexíveis, além de apresentarem caráter científico. Através desses métodos, os indivíduos são

interrogados diretamente sobre seus pensamentos e atitudes e as questões colocadas em forma de entrevista. Para crianças de pouca idade, devido à limitação do vocabulário e dificuldades de compreensão, sua utilização pode ser problemática (KLINGBERG; HWANG, 1994; WONG; HUMPHRIS; LEE, 1998).

Entre as técnicas psicométricas, a Escala de Ansiedade ao Tratamento Odontológico (*Dental Anxiety Scale* – DAS) descrita por Corah (1969), é amplamente aplicada a adultos, e apesar de ser utilizada também para pacientes infantis, poucos relatos comprovam a sua confiabilidade (AARTMAN et al., 1998). Esta escala é composta por quatro questões, onde o paciente é solicitado a auto-avaliar sua ansiedade nas seguintes situações: diante da expectativa de uma consulta ao dentista, no período que antecede a consulta na recepção, durante o procedimento de raspagem e polimento e no tratamento restaurador. Para cada questão, existem cinco alternativas de resposta permitindo uma variação de quatro (sem ansiedade) até vinte pontos (alta ansiedade), sendo que a obtenção de escores acima de quinze o paciente estaria com alto nível de ansiedade. Devido à dificuldade de entendimento de alguns termos da DAS para crianças, foram desenvolvidas versões modificadas, como a substituição de questões e alternativas de respostas por desenhos correspondentes às situações abordadas, e também o acréscimo de itens capazes de causar e/ou aumentar a ansiedade, como anestesia local, exodontias e a sedação inalatória como óxido nitroso (WRIGHT; LUCAS; McMURRAY, 1980; ALVESALO et al., 1993; WONG; HUMPHRIS; LEE, 1998; TOWNEND; DIMIGEN; FUNG, 2000).

Parkin (1989) modificou a DAS a fim de torná-la mais compreensiva para crianças e substituiu as cinco alternativas de resposta de cada questão, por um traço horizontal de dez centímetros cujas extremidades apresentavam

significados opostos (sem preocupação ou sem medo e com preocupação e com medo), e as crianças assinalavam na extensão deste traço como se sentiam. O nível médio de ansiedade observado em trinta e seis pacientes, de 9 a 15 anos de idade, foi de $10,44 \pm 4,58$ devendo ser ressaltado que a escala foi preenchida logo após o término da sessão odontológica.

Wong, Humphris e Lee (1998) justificaram a utilização da DAS na forma modificada pelas seguintes razões: por ser um método uniforme e compreensivo, por fornecer um perfil mais detalhado da resposta da criança a procedimentos odontológicos específicos e finalmente, permitir uma rápida aplicação.

Cuthbert e Melamed (1982) propuseram uma outra escala para avaliar o medo infantil ao tratamento odontológico que é a Lista dos Medos Infantis - Subescala Odontológica (*Children's Fear Survey Schedule – Dental Subscale – CFSS-DS*). Ela é utilizada para estimar a prevalência do medo, registrar as diferenças entre grupos controle e experimental e também para selecionar as crianças com e sem medo ao tratamento odontológico (AARTMAN et al., 1998). Os pesquisadores aplicaram a CFSS-DS em 603 crianças, de 5 a 13 anos de idade, e verificaram que o valor médio foi de 28,73. Os escores finais não revelaram diferenças estatisticamente significantes entre meninos e meninas. Nas idades de 6 e 7 anos, foram observados valores elevados indicativos de medo, mas que diminuíram com o aumento da faixa etária. Para ambos os grupos e todas as faixas etárias, os itens medo de injeção, do motor do dentista e de engasgar foram os que alcançaram maiores marcas, indicando que estes três aspectos seriam suficientes na seleção de crianças com medo.

Klingberg et al. (1995) administraram a CFSS-DS em 3200 crianças entre 4 e 11 anos de idade, para estabelecer os dados normativos para esta medida de

auto-relato. Os resultados mostraram que a média foi de 23,1 e apenas 6,7% da população apresentou escores superiores a 38, indicativo de medo ao tratamento dentário. As crianças de 4 a 6 anos de idade demonstraram mais receio em comparação ao grupo de 9 a 11 anos, mas não houve diferença entre meninos e meninas. O medo de injeção, do motor do dentista e de engasgar foram os itens de maior frequência, ou seja, aqueles que provocaram medo.

ten Berge et al. (2002) aplicando o teste CFSS-DS, em 2144 crianças, de 4 a 11 anos de idade, observaram que 14% da amostra apresentou medo ao tratamento odontológico. A média obtida foi de 23,9 e constatou-se que a idade não apresentou correlação estatisticamente significativa. No entanto, a procedência cultural e o gênero mostraram associação significativa com o medo do tratamento odontológico. Os itens da escala com escores mais altos foram o medo de injeção, do motor do dentista e ter que ir para o hospital. Nesse estudo, a CFSS-DS foi também aplicada para 389 pacientes, entre 4 a 11 anos de idade, que receberam atendimento em um centro especializado em crianças com medo. A média para esse grupo foi de 40,2 e os itens de maiores escores foram o medo da injeção, do motor do dentista e de ir ao dentista. Os autores sugeriram alterações no critério de corte estabelecendo que pacientes cujos escores ficassem entre 32 e 38 deveriam ser considerados de risco em relação ao desenvolvimento de fobia ao tratamento odontológico.

Yamada et al. (2002) também utilizaram a CFSS-DS para 186 crianças, de 5 a 12 anos de idade, as quais foram separadas em dois grupos, um cooperativo e outro não-cooperativo, conforme o comportamento avaliado segundo a Escala de Frankl. Os resultados mostraram que a média obtida para esta medida de auto-relato foi de 31,79 para o grupo não-cooperativo e, um menor valor, de

24,02, foi observado para o grupo cooperativo. O medo de injeção e da alta rotação foram os itens de maior escores neste grupo de crianças analisadas.

Wogelius, Poulsen e Sorensen (2003) realizaram um estudo de prevalência do medo ao tratamento odontológico utilizando a CFSS-DS. Foram selecionadas 1281 crianças dinamarquesas, de 6 a 8 anos de idade, de um serviço público. A prevalência de ansiedade foi de 5,7% e o escore médio foi de 22,0. Os problemas de manejo do comportamento infantil durante o atendimento odontológico ocorreram em 37,2% das crianças atendidas, mas com maior frequência naquelas com maior ansiedade.

Wogelius e Poulsen (2005) utilizando o teste CFSS-DS em 1235 crianças dinamarquesas, com idade entre 6 e 8 anos de idade, avaliaram a associação entre a prevalência das faltas nas consultas para tratamento odontológico e tratamentos de urgência devido às dores de dente com a ansiedade. No total, 37,7% das crianças faltaram em uma ou mais consultas e 17,7% faltaram em duas ou mais consultas. Essas proporções não diferiram entre os gêneros masculino e feminino ou devido à faixa etária. Foi observada uma associação entre as crianças com medo ao tratamento odontológico com as faltas às consultas e dor de dente.

Formiga e Melo (2000) consideram que os testes psicológicos, como a psicometria, são objetivos, pois facilitam uma melhor compreensão do que se deseja observar. Por outro lado, as técnicas projetivas proporcionam um amplo campo de interpretação no que se refere ao resgate do inconsciente do indivíduo, embora seja questionada sua comprovação científica, por não demonstrar dados quantitativos. Contudo, sua ampla aplicação na formulação dos diagnósticos é considerada essencialmente científica, pois nos permite resultados semelhantes e

práticos tais como: levantamento do problema, formulação de hipóteses, estudo das variáveis e comprovação ou refutação das mesmas. O método projetivo não se propõe em deter em medidas dos traços ou a quantificação, mas em compreender o sujeito, valorização do símbolo, integrando esta realidade dentro do indivíduo, sendo utilizado para captar o mundo simbólico que, na maioria das vezes é difícil de ser expresso pelo indivíduo em sua linguagem verbal.

Os métodos projetivos proporcionam um amplo campo de interpretação e são interessantes porque procuram desvendar as emoções e o inconsciente, avaliando um mundo simbólico, que na maioria das vezes é difícil de ser expresso pelo indivíduo em sua linguagem verbal (KLINGBERG; HWANG, 1994; FORMIGA; MELLO, 2000). É definido como um mecanismo de defesa, por meio do qual os indivíduos atribuem, inconscientemente, seus traços indesejáveis da personalidade e seus impulsos a outras pessoas ou objetos (LILIENFELD; WOOD; GARB, 2000).

As técnicas projetivas são consideradas formas de comunicação indireta, facilitadoras no trabalho com crianças e adolescentes, onde a comunicação verbal direta nem sempre se mostra suficiente para a obtenção do material necessário para a coleta de dados. Estas técnicas são, em geral, lúdicas e permitem o acesso a fantasias, desejos, impulsos, afetos, conflitos, ansiedades e defesas que estariam sendo expressas de uma forma indireta através das mesmas (LEMOS, 2006).

O uso de métodos projetivos como forma de avaliar a ansiedade e o medo não é recente na Odontologia. Baldwin (1966) propôs o teste do Desenho da Figura Humana (DFH), onde foram selecionadas crianças com e sem necessidades de exodontias. Foi obtido um desenho de cada paciente, um na

consulta inicial, que serviu como controle e desenhos adicionais nas consultas subseqüentes. Após a análise dos desenhos, observou-se um padrão consistente de redução em altura da figura das crianças submetidas às intervenções cirúrgicas enquanto no outro grupo, ocorreu uma duplicação do tamanho da figura, indicando que a influência do procedimento cirúrgico, é o mais estressante.

Sonnenberg e Venham (1977) com a finalidade de avaliar o comportamento e a ansiedade infantil ao tratamento odontológico, selecionaram 64 crianças, sem experiência odontológica e com necessidades curativas. Os instrumentos utilizados foram: o registro da frequência cardíaca, a resposta basal da pele, o *Venham Picture Test*, as Escalas de Avaliação Clínica do Comportamento Cooperativo e Ansiedade e Análise do Desenho da Figura Humana (DFH). Para a interpretação do DFH, foram escolhidos dois sistemas de avaliação, um completo, com 20 itens e outro simplificado, contendo apenas seis critérios (presença de sorriso, omissão dos braços, proporção cabeça-tronco, presença de humor e duas medidas do tamanho da figura). As análises dos desenhos revelaram uma correlação significativa com todos indicadores, exceto com a Escala de Avaliação Clínica do Comportamento Cooperativo. Além disso, comprovou-se que a interpretação do desenho da figura com base no sistema de escores simplificados apresentou resultados semelhantes ao completo, sugerindo, portanto sua aplicação.

Ramos-Jorge, Meneses e Pordeus (2000) sugeriram alterações no *Venham Picture Test* (VPT), com o intuito de promover maior identificação da criança participante com a figura do teste. Foram criados quatro personagens, dois desenhos de meninos e dois de meninas, das raças branca e negra expressando as mesmas reações do VPT original. Além disso, a forma de aplicação do teste

também foi alterada, pois cada par de figuras foi apresentado separadamente à criança. Em 19 crianças, na faixa etária de 3 a 5 anos de idade, foi empregado o VPT modificado e o comportamento foi registrado de acordo com a escala de comportamento de Frankl. Verificou-se que 68,4% das crianças apresentaram baixo nível de ansiedade, mas por outro lado, um alto nível de ansiedade esteve presente em 21,1% das crianças, e destas, 75% cooperaram, embora demonstrassem, claramente, sinais de desconforto.

Ramos-Jorge e Pordeus (2004) relataram que foi imprescindível realizar a adaptação transcultural do VPT, a fim de que este preenchesse o requisito de ser aplicável na população estudada.

Souza et al. (2004) aplicaram um questionário para 100 crianças, de 5 a 12 anos de idade, com o objetivo de avaliar o medo infantil em diversas situações clínicas. Concluíram que 94% delas tiveram experiências anteriores com tratamento odontológico, e dentre elas 93,6% tiveram experiências positivas; 87% da amostra afirmou não ter medo de ir ao dentista, 59% dos entrevistados escolheram a anestesia como o procedimento mais desagradável ou causador de medo e para 16%, a caneta de alta rotação. Portanto, a anestesia e a alta rotação foram os procedimentos clínicos mais desagradáveis e causadores de medo na grande maioria das crianças entrevistadas, necessitando dessa forma da utilização de todos os recursos de condicionamento psicológico disponível, antes de execução clínica.

A Escala Visual Analógica (EVA) consiste em desenhos de faces expressando desde a demonstração de “preocupação, neutralidade até de felicidade” (WILLIAMS et al., 1985). Para Newton e Buck (2000), as expressões faciais são universais e, portanto não existem problemas nas interpretações das

palavras ou frases. A EVA é indicada para crianças de pouca idade, sua administração é fácil e rápida, podendo ser aplicada pelo clínico ou assistente, no momento que antecede ao tratamento, permitindo que o profissional elabore estratégias de abordagem adequadas ao paciente (BUCHANAN; NIVEN, 2002).

Para verificar a validade da Escala Visual Analógica de Faces como indicador da ansiedade ao tratamento odontológico, foram selecionadas 100 crianças e adolescentes, entre 3 e 18 anos de idade, as quais responderam a EVA, assim como o *Venham Picture Test*, antes de receberem assistência odontológica. Observou-se uma forte correlação entre os dois métodos, confirmando, portanto, que a EVA é um instrumento válido para avaliação da ansiedade infantil (BUCHANAN; NIVEN, 2002).

Klingberg e Hwang (1993) elaboraram o Teste Projetivo do Medo Infantil ao Tratamento Odontológico (*Children's Dental Fear Picture Test* - CDFP) para avaliar o medo em crianças de ambos os gêneros, na faixa etária de 4 a 12 anos de idade. O CDFP consiste de três diferentes subtestes: no primeiro, as crianças relatam histórias de uma série de dez gravuras representando animais em diferentes situações odontológicas; o segundo foi elaborado em duas versões, um para meninos e outro para meninas e eles escolhiam como se sentiam de acordo com as gravuras de crianças representadas durante o tratamento odontológico; e o terceiro os participantes eram instruídos a completar sentenças. Nos três subtestes as crianças eram classificadas em três categorias: "com medo, sem medo e incerto" e em seguida realizava-se a avaliação global considerando os resultados dos três subtestes. Este método foi considerado de fácil aplicação, com alta confiabilidade inter-examinador e com elevado nível de concordância entre os três subtestes e a avaliação global. A porcentagem de concordância foi

de 84,9% para o primeiro subteste, 74,4% para o segundo e de 89,0% para o terceiro subteste.

Klingberg e Hwang (1994) selecionaram 146 crianças, após aplicação da CFSS-DS, e as separaram em dois grupos: um com medo e outro sem medo e aplicaram o CDFP em ambos os grupos. No subteste I 26,02% dos pacientes foram avaliados na categoria “com medo”, 50,0% “sem medo” e 24,0% classificados como “incerto”. No subteste II, classificaram 20,0% das crianças em “com medo”, 54,0% em “sem medo” e 26,0% em “incerto”. O subteste III revelou que 27,0% das crianças sentiram medo, 53,0% não apresentaram medo e 20,0% foram avaliadas na categoria “incerto”. A avaliação global demonstrou que 33,0% das crianças demonstraram “com medo”, 54,0% apresentaram “sem medo” e 16,0% foram avaliadas na categoria “incerto”.

Castro (2000) teve como objetivo avaliar a ansiedade e o comportamento de 50 crianças, na faixa etária de 6 a 9 anos de idade, frente a procedimentos odontológicos. Os instrumentos utilizados foram um desenho, o monitoramento da frequência cardíaca e o registro do comportamento para avaliação da ansiedade. Os resultados do desenho, utilizando a Escala de Ansiedade ao Tratamento Odontológico proposta por Sheskin, Klein e Lowental (1982), revelaram que 70% das crianças apresentaram-se sem ou com baixo nível de ansiedade, sendo que na faixa etária de 8 a 9 anos de idade verificou-se maior proporção de pacientes com ansiedade moderada e comportamento potencialmente não-cooperativo. A frequência cardíaca permaneceu na faixa de normalidade, não sendo relacionada à ansiedade.

Castro (2003), utilizando o CDFP, entrevistou 40 crianças, de 5 a 9 anos de idade e observou que no subteste I, 30,0% das crianças apresentaram medo ao

tratamento odontológico, 50,0% foram avaliadas em “sem medo” e 20,0% na categoria “incerto”. O subteste II revelou que 22,5% dos participantes sentiram medo à assistência odontológica, 70,0% não apresentaram este sentimento e 7,5% foram classificados como “incerto”. Os dados do subteste III mostraram que 25,0% das crianças apresentaram-se “com medo”, 50,0% foram avaliadas em “sem medo” e 25,0% como “incerto”. Na avaliação global, verificou-se que do total de 40 crianças, dez (25,0%) foram avaliadas na categoria “com medo”, vinte e quatro (60,0%) não apresentaram medo ao tratamento odontológico, e seis (15,0%) foram classificadas na categoria “incerto”.

3 PROPOSIÇÃO

Avaliar o medo da criança frente à assistência odontológica preventiva e curativa, utilizando como instrumento o *“Children’s Dental Fear Picture Test”* – (CDFP) – Teste Projetivo do Medo Infantil ao Tratamento Odontológico – Modificado (CDFP-M).

4 MATERIAL E MÉTODOS

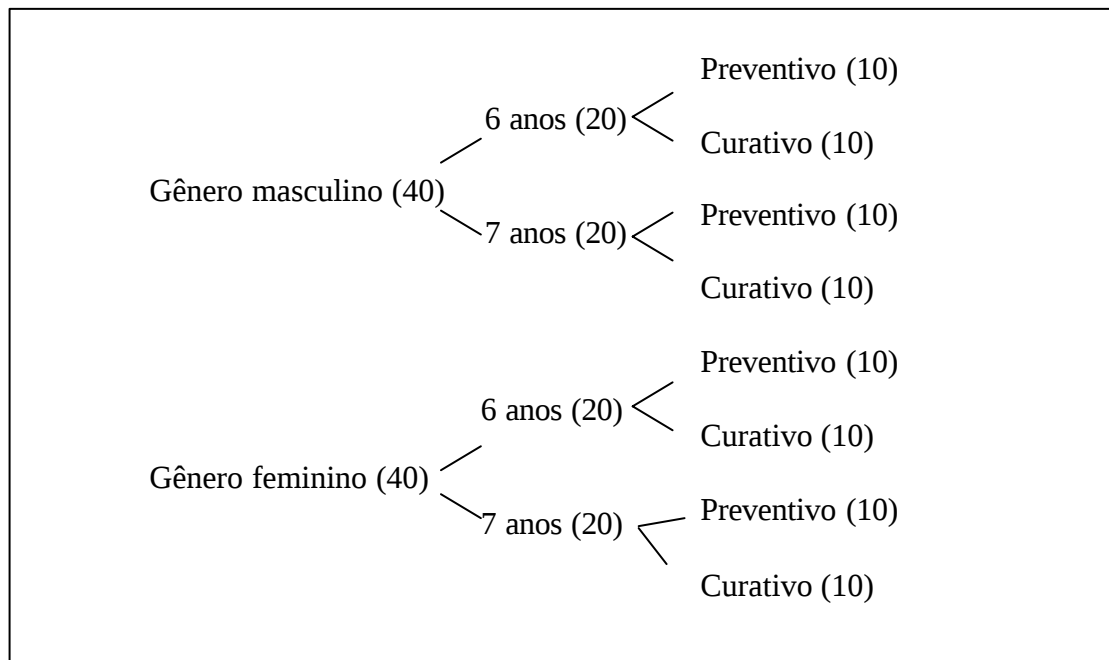
Inicialmente, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba da Universidade Estadual Paulista - "Júlio de Mesquita Filho". Após a sua aprovação, o projeto foi executado de acordo com a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo A).

4.1 População de estudo

Foram selecionadas 80 crianças, na faixa etária de 6 a 7 anos de idade, matriculadas na Escola de Educação Básica (ESEBA) da Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais. Os alunos selecionados não apresentaram nenhuma limitação mental, auditiva ou visual, e cursavam regularmente o primeiro ou o segundo ano do ensino fundamental. Após a realização de contato com a direção da escola e autorização para realização do estudo, foi definido que seriam enviadas correspondências aos pais, com a proposta do projeto, explicando de forma clara e objetiva a metodologia da pesquisa, e solicitando a colaboração das crianças. O termo de consentimento livre e esclarecido foi enviado em anexo e deveria ser devolvido assinado pelos pais e ou responsáveis (Anexo B).

A escola selecionada possui em seu quadro de funcionários duas odontopediatras, oferecendo tratamento odontológico preventivo e curativo para os alunos. Assim, baseando-se nos prontuários, foram selecionados os pacientes,

segundo o tipo de atendimento realizado, por uma profissional, conforme o quadro abaixo (Quadro 1).



Quadro 1: Distribuição das crianças, segundo o tipo de atendimento odontológico recebido

4.2 Teste Projetivo do Medo Infantil ao Tratamento Odontológico Modificado (CDFP-M)

A aplicação do teste foi realizada nas dependências da escola, em sala separada, e cada criança era chamada individualmente. Após explicações sobre o trabalho, iniciou-se a aplicação do Teste Projetivo do Medo Infantil ao Tratamento Odontológico Modificado (CDFP-M), o qual foi apresentado à criança como jogo,

gravado em fita k7, como se fosse uma entrevista, a fim de conhecer a sua opinião sobre o tratamento odontológico (*Dental Settings* – Subteste I).

Para os testes *Pointing Pictures* (Subteste II) e *Sentence Completion* (Subteste III), foram utilizadas folhas individuais de resposta.

Este método projetivo consiste em três etapas:

- ✓ Subteste I: figuras de crianças em quadros representativos do cenário odontológico (Anexo C). No teste original, constavam figuras de animais.
- ✓ Subteste II: figuras de crianças, do gênero masculino e feminino em diferentes situações do tratamento odontológico (Anexo D).
- ✓ Subteste III: teste de completar sentenças (Anexo E).

4.2.1 Descrição e Avaliação do Subteste I

Este subteste é constituído por um conjunto de dez figuras de crianças em diferentes cenários do ambiente odontológico (Anexo C).

Para a aplicação do teste, o pesquisador sentou-se próximo à criança, e solicitou que ela contasse uma estória para cada uma das figuras. Estas foram apresentadas separadamente, em sequência ordenada, e durante a aplicação do teste o pesquisador manteve-se passivo, a fim de não interferir no direcionamento da narrativa.

Avaliação do Subteste I

Cada uma das dez figuras foi avaliada segundo a estória narrada e as crianças foram classificadas em uma das três categorias:

- ✓ Com medo: crianças cautelosas, muito relutantes e hesitantes em contar estórias. Os relatos caracterizam-se pela ausência de detalhe e imaginação, além de longos períodos de silêncio. A criança da figura foi descrita como se sentindo sozinha, estranha ou com medo.
- ✓ Sem medo: as crianças relataram as estórias de uma forma variada, descrevendo detalhes, usando a imaginação e freqüentemente incluindo a enumeração de objetos das figuras e descrição de como elas se sentiram bem em situações similares. Algumas crianças mantiveram-se mais quietas, mas diferentemente daquelas com medo, estas não hesitaram durante as respostas, não existindo longos períodos de silêncio. As figuras eram descritas como sendo o centro das atenções, personagens importantes na situação do tratamento.
- ✓ Incerto: para crianças que não foram classificadas em nenhum dos outros dois grupos, devido à falta de concentração, impedindo o pesquisador de realizar a avaliação.

Em seguida, realizou-se a avaliação do primeiro subteste, com base na classificação de cada uma das estórias, e os participantes foram classificados de acordo com a categoria de maior freqüência:

- ✓ Com medo
- ✓ Sem medo
- ✓ Incerto

4.2.2 Descrição e Avaliação do Subteste II

Este subteste é apresentado em duas versões, uma para crianças do gênero feminino e a outra para o masculino. Cada uma contém um conjunto de cinco ilustrações de crianças em diferentes situações relacionadas à assistência odontológica. Cada ilustração apresenta duas figuras de crianças expressando diferentes reações: uma feliz, sem medo; e a outra triste, com medo. Abaixo de cada uma existem dois círculos num total de quatro, que correspondem a diferentes sentimentos: feliz e sem medo, sentindo-se bem e sem medo, com um pouco de medo e sentindo muito medo.

Para cada figura mostrada, o pesquisador narrou uma história e em seguida, solicitou que a criança respondesse verbalmente e apontasse o círculo que melhor correspondesse o que ela sentiu em situação semelhante (Anexo D).

Avaliação do Subteste II

Para cada círculo, foram estabelecidos escores: 1 (muito feliz e sem nenhum medo); 2 (sentindo-se bem e sem medo); 3 (sentindo um pouco de medo) e 4 (sentindo muito medo). Assim, a avaliação do subteste II foi baseada na somatória dos pontos das cinco ilustrações com escores variando de cinco a vinte, e de acordo com a pontuação obtida, as crianças foram classificadas em uma das três categorias:

- ✓ Crianças com medo: soma dos escores igual ou superior a 12.
- ✓ Crianças sem medo: soma dos escores igual ou inferior a 11.
- ✓ Incerto: o comportamento da criança não permitiu a avaliação do pesquisador ou as respostas foram contraditórias.

4.2.3 Descrição e Avaliação do Subteste III

Este subteste possui uma relação de 15 frases incompletas. O pesquisador instruiu a criança a completar verbalmente cada sentença, e após a leitura de cada uma, as frases foram anotadas em formulários específicos (Anexo E).

Avaliação do Subteste III

As frases utilizadas para completar as 15 sentenças permitiram classificar as crianças em três categorias: com medo, sem medo e incerto.

- ✓ Crianças com medo: frases predominantemente negativas (dor, medo, estranho, ruim, mal, etc...).
- ✓ Crianças sem medo: frases predominantemente positivas (alegre, feliz, bem, gostar, etc...).
- ✓ Incerto: quando o comportamento da criança não permitiu a avaliação do pesquisador ou as frases foram contraditórias.

4.3 Avaliação do Comportamento Durante a Aplicação do CDFP-M

Durante a aplicação do teste, foi analisado o comportamento da criança, conforme as orientações do manual proposto por Klingberg e Hwang (1993) e classificado nas seguintes categorias (Anexo F).

Timidez

Crianças quietas, que falam pouco durante a entrevista, se escondem, se recusaram a cumprimentar o pesquisador, fugiram ou expressaram relutância em

participar. E também, aquelas que precisaram de muito tempo para refletir e compreender as questões, expressaram incerteza nas respostas e evitaram o contato visual direto com o entrevistador.

Timidez inicial; seguida de cooperação relutante

Nessa categoria, foram incluídas as crianças que se apresentaram tímidas, reservadas, mas com o decorrer do tempo tornaram-se mais acessíveis, facilitando o diálogo.

Agitação

Crianças que apresentaram dificuldades para se concentrar no teste, respondendo as questões rapidamente, sem tempo para refletir e que não demonstravam nenhum sinal de timidez ao serem apresentadas ao pesquisador.

Tensão / Estresse

Foram consideradas nesta categoria de comportamento, as crianças que se apresentaram passivas durante a aplicação do teste, buscaram suporte nos pais e sentiram-se desconfortáveis por ter que analisar as figuras.

Aceitação Social

Crianças que se esforçaram em satisfazer e se adaptar à proposta do teste, sem nenhum sinal de estresse ou tensão, respondendo as perguntas com convicção foram classificadas nesta categoria.

4.4 Análise Estatística

Foi realizada a análise descritiva dos resultados, permitindo avaliação do conjunto de dados em termos de média, e outras estatísticas básicas.

5 RESULTADO

5.1 Caracterização da População de Estudo

Participaram dessa pesquisa 80 crianças, na faixa etária de 6 a 7 anos, distribuídas igualmente entre os gêneros masculino e feminino e que receberam anteriormente atendimento odontológico preventivo ou curativo (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição da população de estudo, segundo o gênero e o tipo de atenção odontológica

Gênero	Atenção Odontológica		Total
	Preventivo	Curativo	
Masculino	20	20	40
Feminino	20	20	40
Total	40	40	80

5.2 Resultados CDFP-M

5.2.1 Análise dos Resultados do Subteste I

A análise das histórias revelou que três crianças do gênero feminino foram classificadas na categoria “com medo”, sendo que uma recebeu atendimento odontológico preventivo e duas curativo. Para o gênero masculino, apenas um do grupo de prevenção, foi avaliado com sentimento de medo (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição das crianças de acordo com os resultados obtidos no Subteste I

Subteste	Gênero	Tratamento	Com medo	Sem medo	Incerto	Total
Subteste I	Feminino	Prevenção	1 (5,0%)	19 (95,0%)	0 (0,0%)	20 (100,0%)
		Tratamento	2 (10,0%)	18 (90,0%)	0 (0,0%)	20 (100,0%)
		Total	3 (7,5%)	37 (92,5%)	0 (0,0%)	40 (100,0%)
	Masculino	Prevenção	1 (5,0%)	19 (95,0%)	0 (0,0%)	20 (100,0%)
		Tratamento	0 (0,0%)	20 (100,0%)	0 (0,0%)	20 (100,0%)
		Total	1 (2,5%)	39 (97,5%)	0 (0,0%)	40 (100,0%)

5.2.1.1 Avaliação das Estórias Narradas no Subteste I

Para o grupo de crianças do gênero masculino, que havia recebido atendimento preventivo, as estórias correspondentes às ilustrações n. 7, 6 e 8 foram aquelas classificadas na categoria “com medo” mais freqüentemente (Figura 1). Cinco estórias correspondentes à ilustração n. 7 foram avaliadas “com medo”; quatro referentes à ilustração 6 e quatro relacionadas à ilustração n. 8. Para as crianças do mesmo gênero, mas que haviam sido submetidas a tratamento curativo, as ilustrações n. 1, 6 e 8 apareceram com maior freqüência (Figura 2). As estórias de cinco crianças referentes à ilustração n. 1 foram avaliadas na categoria “com medo”, e de três crianças para as ilustrações n. 6 e 8.

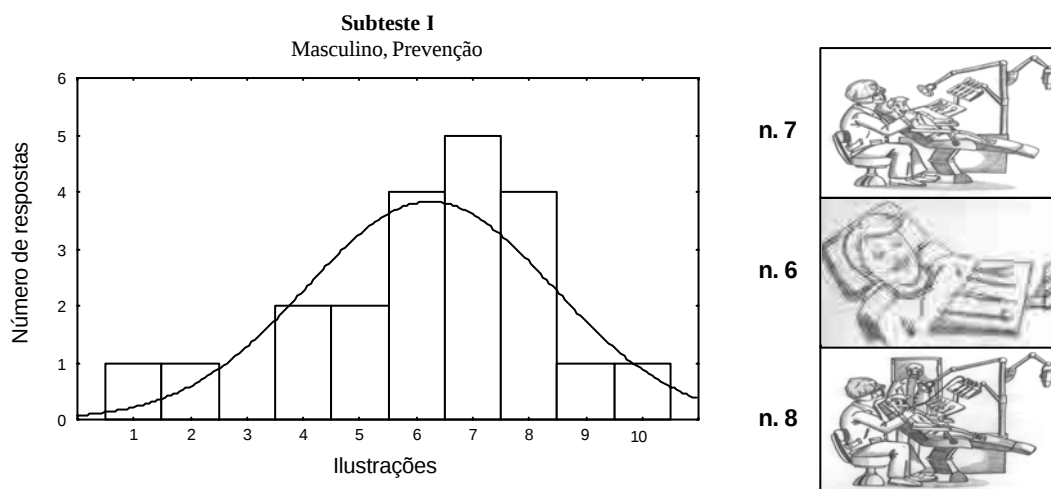


Figura 1. Número de respostas de cada ilustração cujas histórias narradas foram classificadas em “com medo”, no grupo de crianças do gênero masculino que recebeu atendimento preventivo, e as ilustrações com maior frequência

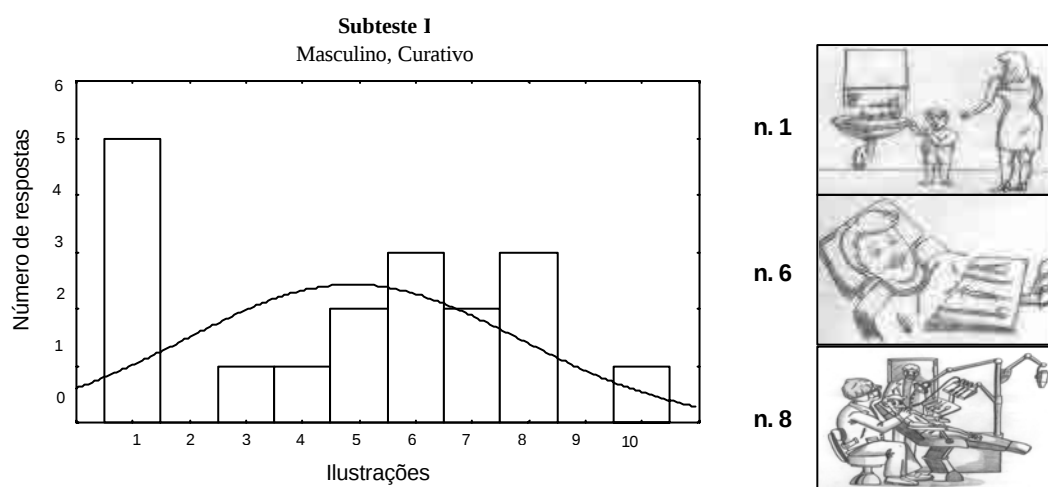


Figura 2. Número de respostas de cada ilustração cujas histórias narradas foram classificadas em “com medo”, no grupo de crianças do gênero masculino que recebeu tratamento curativo, e as ilustrações com maior frequência

Para as crianças do gênero feminino, que receberam atenção odontológica preventiva, as histórias correspondentes à ilustração n. 6 foram avaliadas em “com medo” com maior frequência, seguidas pelas de n. 3 e 5. Foram avaliadas em “com medo” as narrativas de cinco crianças referentes à ilustração n. 6 e de duas

correspondentes às ilustrações n. 3 e 5. As histórias relacionadas à ilustração n. 7 não foram classificadas em nenhum momento nesta categoria. Já para aquelas que receberam atendimento curativo, foram as histórias das ilustrações n. 4 e 8 avaliadas em “com medo” com maior frequência, sendo referentes às narrativas de quatro crianças cada (Figura 4).

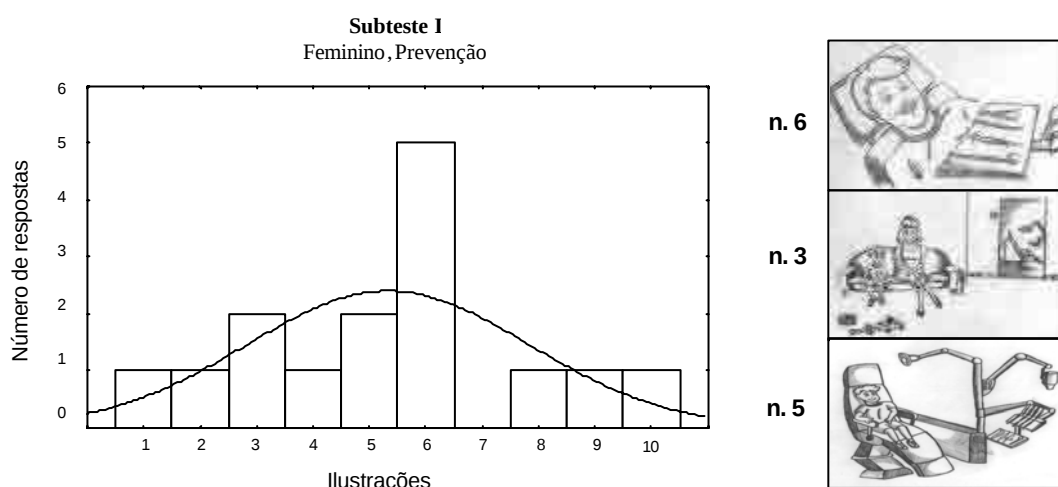


Figura 3. Número de respostas de cada ilustração cujas histórias narradas foram classificadas em “com medo”, no grupo de crianças do gênero feminino que recebeu atendimento preventivo, e as ilustrações com maior frequência

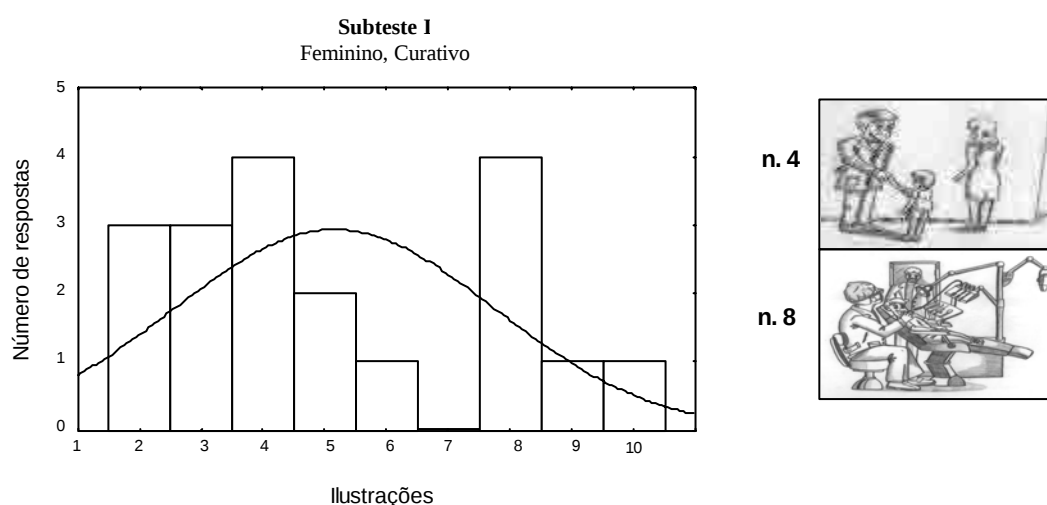


Figura 4. Número de respostas de cada ilustração cujas histórias narradas foram classificadas em “com medo”, no grupo de crianças do gênero feminino que recebeu tratamento odontológico curativo, e as ilustrações com maior frequência

A Figura 5 mostra a análise dos oitenta participantes, revelando que as ilustrações n. 6 e 8, foram as ilustrações cujas narrativas mais se caracterizaram por elementos indutores do medo ao tratamento odontológico, por outro lado a de n. 9 foi a menos citada. Foi observado que as estórias de treze crianças correspondentes à ilustração n. 6 foram avaliadas em “com medo” e de doze referentes à ilustração 8.

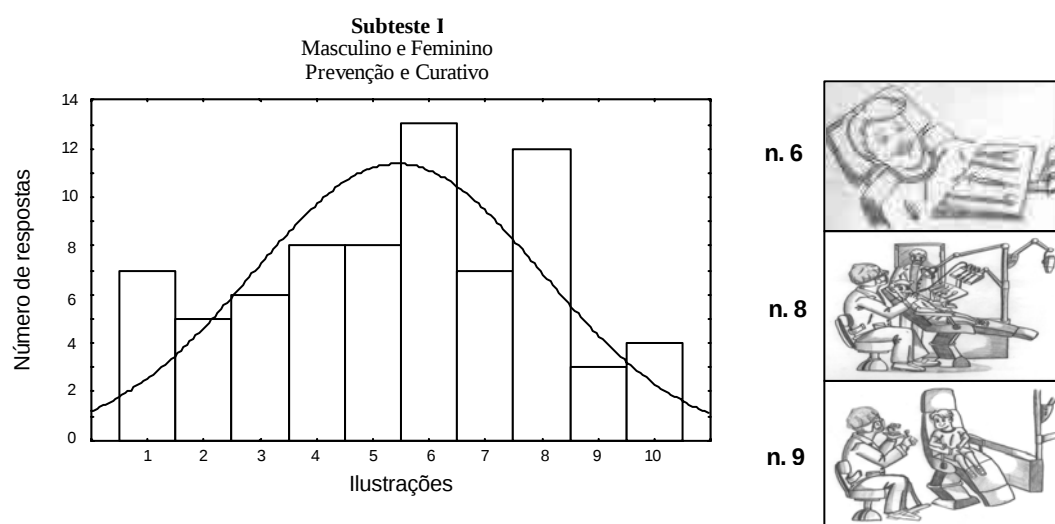


Figura 5. Número de respostas de cada ilustração cujas histórias narradas foram classificadas em “com medo”, de acordo com todos os participantes, e as ilustrações com maior frequência

5.2.2 Avaliação do Subteste II

Para as 20 meninas que receberam atendimento preventivo, apenas três (15,0%) apresentaram medo ao tratamento odontológico, 17 (85,0%) não demonstraram medo e nenhuma foi classificada como “incerto”. Para o grupo que já havia sido submetido ao tratamento curativo, nenhuma das crianças foi classificada na categoria “com medo” ou “incerto”.

Em relação ao gênero masculino, dois pacientes (10,0%) que receberam tratamento preventivo apresentaram medo, e entre aqueles com experiência odontológica curativa, apenas um (5,0%) foi classificado na categoria “com medo” (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição das crianças de acordo com os resultados obtidos no Subteste II

Subteste	Gênero	Tratamento	Com medo	Sem medo	Incerto	Total
Subteste II	Feminino	Prevenção	3 (15,0%)	17 (85,0%)	0 (0,0%)	20 (100,0%)
		Tratamento	0 (0,0%)	20 (100,0%)	0 (0,0%)	20 (100,0%)
		Total	3 (7,5%)	37 (92,5%)	0 (0,0%)	40 (100,0%)
	Masculino	Prevenção	2 (10,0%)	18 (90,0%)	0 (0,0%)	20 (100,0%)
		Tratamento	1 (5,0%)	19 (95,0%)	0 (0,0%)	20 (100,0%)
		Total	3 (7,5%)	37 (92,5%)	0 (0,0%)	40 (100,0%)

5.2.3 Subteste III

Apenas duas crianças do gênero feminino (5,0%), já submetidas a tratamento odontológico curativo, apresentaram respostas predominantemente negativas, sendo classificadas na categoria “com medo” (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição das crianças de acordo com os resultados obtidos no Subteste III

Subteste	Gênero	Tratamento	Com medo	Sem medo	Incerto	Total
Subteste III	Feminino	Prevenção	0 (0,0%)	20 (100,0%)	0 (0,0%)	20 (100,0%)
		Tratamento	2 (10,0%)	18 (90,0%)	0 (0,0%)	20 (100,0%)
		Total	2 (5,0%)	38 (95,0%)	0 (0,0%)	40 (100,0%)
	Masculino	Prevenção	0 (0,0%)	20 (100,0%)	0 (0,0%)	20 (100,0%)
		Tratamento	0 (0,0%)	20 (100,0%)	0 (0,0%)	20 (100,0%)
		Total	0 (0,0%)	40 (100,0%)	0 (0,0%)	40 (100,0%)

As sentenças 8, 14, 13 e 4 foram as que apresentaram maiores porcentagens de palavras negativas completadas pelas crianças. A sentença n. 8 diz “quando eu abro a minha boca, eu sinto...”; a de n. 14 “ao ouvir o barulho do alta rotação, eu sinto...”, a de n. 13, “quando o dentista coloca meu dente para dormir....”, e a n. 4 “ao restaurar um dente, eu sinto.....” (Figura 6).

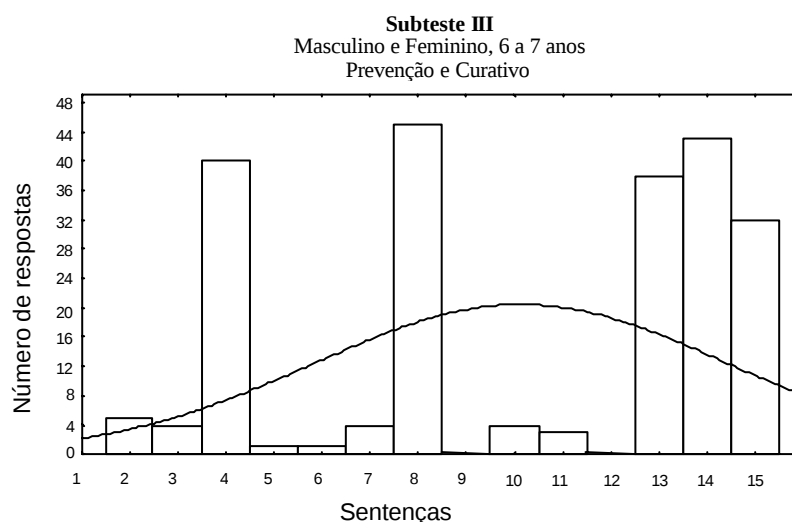


Figura 6. Número de respostas para as sentenças com ocorrência de palavras negativas completadas pelas crianças no Subteste III

Na avaliação dos três subtestes, verificou-se que no subteste I, 5,0% das crianças demonstraram medo, no subteste II, 7,5% e no subteste III, apenas 2,5% dos participantes (Tabela 5).

Tabela 5. Avaliação geral dos três Subtestes

Subteste	Com medo	Sem medo	Incerto	Total
Subteste I	4 (5,0%)	76 (95,0%)	0 (0,0%)	80 (100,0%)
Subteste II	6 (7,5%)	74 (92,5%)	0 (0,0%)	80 (100,0%)
Subteste III	2 (2,5%)	78 (97,5%)	0 (0,0%)	80 (100,0%)

5.3 Comportamento Durante a Aplicação do CDFP-M

As crianças apresentaram uma maior frequência de aceitação social (53,75%), seguido por tensão/estresse (17,50%), timidez (16,25%), agitação (8,75%) e por último, 3,75% dos participantes, cooperação relutante (Tabela 6).

Tabela 6. Distribuição do número e porcentagem das crianças, segundo o comportamento durante a aplicação do CDFP-M, de acordo com gênero

Comportamento	Masculino	Feminino	Total
Timidez	6 (15,00%)	7 (17,50%)	13 (16,25%)
Cooperação relutante	1 (2,50%)	2 (5,00%)	3 (3,75%)
Agitação	4 (10,00%)	3 (7,50%)	7 (8,75%)
Tensão/estresse	8 (20,00%)	6 (15,00%)	14 (17,50%)
Aceitação social	21 (52,50%)	22 (55,00%)	43 (53,75%)

6 DISCUSSÃO

Esta pesquisa teve por finalidade avaliar o medo infantil à assistência odontológica por meio de um teste projetivo, o CDFP, o qual foi proposto por Klingberg e Hwang (1993). Foram realizadas modificações em relação aos requisitos e metodologia sugeridos pelos autores como, por exemplo, a idade das crianças, o local de aplicação e alterações das ilustrações.

Embora o grau de desenvolvimento psicológico seja um melhor fator de previsão do medo ao tratamento odontológico do que a idade cronológica, conforme constatado por Corkey e Freeman (1994), ao realizar a seleção da amostra, optou-se pela padronização da faixa etária, mesmo não tendo sido empregados testes psicológicos para verificar se estas crianças estariam dentro de um mesmo período de desenvolvimento.

A faixa etária selecionada para este estudo foi entre seis e sete anos de idade, que segundo Piaget, é um período em que as crianças seguem seqüências regulares em seu desenvolvimento de idéias, entendimentos, cometem os mesmos tipos de erros, parecem chegar a soluções semelhantes, construindo assim seu próprio desenvolvimento. Elas lidam com coisas que conhecem ou podem ver e manipular, e passam a compreender que os outros a interpretam assim como ela os interpreta (BEE, 1999).

Em geral, aos seis anos de idade, ocorre a entrada da criança na escola, tendo início o chamado período de socialização, que se estende até aos nove ou dez anos. Há um descobrimento da vida social, grupos homogêneos quanto à

idade, gênero, condições físicas e mentais (TOLEDO, 1996). Desta forma, um outro fator que merece destaque foi a escolha da escola como local de aplicação do teste, diferindo de Castro (2003), onde o estudo foi realizado na residência da criança. A escola, ambiente afetivamente neutro a seu respeito, tem um significado muito grande em função do desenvolvimento da sociabilidade. As amizades tendem a ser agentes importantes, e a escola e o ensino atendem a curiosidade da criança, à necessidade de realização e ao desejo de firmar sua independência aparecendo uma primeira forma de responsabilidade (BEE, 1999).

Quanto à caracterização da população estudada, deve ser apontado que a escola selecionada é uma instituição de ensino básico e fundamental, de nível federal, freqüentada por alunos de bom poder aquisitivo, cujos pais, em sua maioria são funcionários públicos. Em relação a este aspecto, o estudo de Castro (2003) avaliou o medo ao tratamento odontológico em pacientes de baixo poder aquisitivo, e que freqüentavam a clínica de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia de Uberlândia.

É interessante notar que para Milgrom et al. (1995), os principais fatores associados à aquisição do medo infantil foram as condições bucais da criança e último tratamento envolvendo extração ou dor de dente. Como estas crianças foram separadas de acordo com o tipo de atendimento odontológico (preventivo e/ou curativo), esperava-se que houvesse diferenças em relação ao sentimento de medo entre os grupos. No entanto, surpreendentemente, isto não ocorreu, o que pode ser explicado pelo fato destes pacientes serem atendidos por um profissional, com especialização em Odontopediatria, ou por não apresentarem altos níveis de ceo-d. Desta forma, os resultados diferem de Castro (2003), onde os pacientes eram atendidos por alunos de graduação e todos haviam sido

submetidos a tratamentos curativos, envolvendo aplicação de anestesia, tratamentos pulpares e restaurações.

Em relação ao CDFP, deve ser destacado que este é um método projetivo que valoriza as emoções e a percepção infantil à assistência odontológica. Para Formiga e Mello (2000), estes métodos implicam em uma solicitação ao sujeito para que libere sua criatividade, e são utilizados porque ajudam a captar um mundo simbólico, que na maioria das vezes é difícil de ser expressado, e ainda, permitem ao indivíduo revelar seu mundo e a sua realidade pessoal.

O CDFP foi proposto por Klingberg e Hwang (1994), na Suécia, com a finalidade de obter informações que pudessem complementar o diagnóstico e a compreensão do medo e ansiedade em crianças. Este teste engloba em um único instrumento, uma técnica construtiva (relato de histórias, com dez quadros de diferentes situações do ambiente odontológico - Subteste I), uma técnica de seleção de figuras (Subteste II) e um teste de completar sentenças (Subteste III), e portanto, a sua capacidade de avaliação é ampliada.

No Brasil, o CDFP foi inicialmente aplicado por Castro (2003), após obter autorização para a sua utilização. A aplicação do teste é longa e as crianças necessitavam de uma concentração para relatar ou responder o que foi pedido. Elas foram colaboradoras, participativas, citando situações que já haviam ocorrido com elas em relação à sua ida ao dentista. Muitas vezes narravam as histórias, com detalhes, como se elas estivessem no papel das gravuras, explicando como iam ao dentista, o tipo de locomoção, etc. Na faixa etária estudada, segundo Guedes-Pinto (2000) e Klatchoian (2002), a criança desenvolve a compreensão lógica da realidade e treina o pensamento, criando histórias e situações que

mesclam realidade e fantasia, passando a ter uma visão mais real do tratamento odontológico.

Os resultados dos subtestes I, II e III não foram similares aos valores obtidos por Klingberg e Hwang (1994) e Castro (2003). Este fato provavelmente pode ser atribuído a vários motivos, como diferenças na faixa etária, critérios de seleção e avaliação e perfil da amostra.

No subteste I do teste original, as figuras presentes nas ilustrações eram de animais em diferentes cenários do ambiente odontológico. A modificação sugerida foi a troca das figuras de animais por figuras humanas, com a finalidade de facilitar a identificação das crianças com os quadros, pois conforme assinalado por Castro (2003), algumas crianças apresentaram dificuldades para interpretar os desenhos dos animais. Durante o relato das histórias, as crianças se identificavam com as situações e relatavam suas experiências, projetando suas ansiedades nessas gravuras.

Os resultados do subteste I mostraram que apenas 5,0% dos pacientes que receberam o tratamento curativo ou preventivo, foram avaliados “com medo”, e 95,0% “sem medo”, não ocorrendo avaliação de “incerto” (Tabela 2). Para Castro (2003) 30,0% foram avaliados “com medo” do tratamento odontológico, 50,0% “sem medo”, e 20,0% na categoria “incerto”; e no estudo de Klingberg e Hwang (1994), 26,0% dos pacientes na categoria “com medo”, 50,0% na categoria “sem medo” e 24,0% classificados como “incerto”.

Para o grupo do gênero masculino, que havia recebido tratamento preventivo, as histórias correspondentes às ilustrações n. 6, 7 e 8 foram aquelas classificadas “com medo”. A ilustração n. 7 corresponde a criança sendo atendida pelo dentista, na n. 6 a criança está sozinha e deitada na cadeira, olhando os

instrumentais odontológicos e a n. 8 mostra quando a auxiliar está próxima da criança.

Para o grupo de crianças do gênero masculino, que havia recebido tratamento curativo, as estórias classificadas “com medo” foram as de n. 1, 6 e 8. As ilustrações 6 e 8 são as mesmas do grupo de tratamento preventivo e um relato comum dessas crianças em relação a estas estórias, é que elas não gostavam de ficar só e que quando a auxiliar chegava, o dentista ia tratar os dentes. Foi surpreendente o fato das estórias referentes à ilustração n. 1 ter sido avaliada em “com medo”, pois a figura não retrata nem a figura dentista e de nenhum elemento indutor do medo, mas o relato era de que os meninos não gostavam de escovar os dentes.

Para o grupo de crianças do gênero feminino, no grupo de prevenção, as ilustrações que foram classificadas “com medo” mais frequentemente, foram as de n. 6, 3 e 5 respectivamente. A ilustração 6 mostra a criança sozinha e deitada na cadeira olhando os instrumentais odontológicos; a de n. 3 corresponde quando está na recepção, e na de n. 5, ela está sozinha na cadeira do consultório esperando ser atendida. Foi observado que as crianças relatavam que não gostavam de ficar sozinhas esperando o profissional e que ele, possivelmente, demoraria para atendê-las.

Para as crianças do gênero feminino, do grupo de tratamento curativo, as ilustrações n. 4 e 8 foram avaliadas em “com medo” com maior frequência. A ilustração n. 4 apresenta o dentista cumprimentando a criança e a de n. 8 é quando ela está sendo atendida e a auxiliar está próxima dela. O relato deste grupo foi de que o dentista iria começar o tratamento e que a auxiliar estaria ali para ajudá-lo.

Neste subteste I, a figura menos relatada como causadora de medo é a de n. 9, que mostra o dentista ensinando a escovar os dentes. O relato sobre esta figura foi de que se elas aprendessem direito, elas teriam os dentes saudáveis.

No subteste II, foi pedido a criança para selecionar uma das figuras (os desenhos também foram modificados) cuja expressão fosse semelhante à sua em situação similar. Nesse subteste II, como são atribuídos escores, a classificação tornou-se mais objetiva, e nenhuma criança foi avaliada na categoria “incerto” o que não ocorreu com Klingberg et al. (1995) e Castro (2003).

O subteste II revelou que 7,5% das crianças foram avaliadas “com medo”, e 92,5% “sem medo”, não havendo nenhuma avaliação de “incerto” (Tabela 3). Castro (2003) revelou que 22,5% dos participantes sentiram medo à assistência odontológica, 70,0% não apresentavam este sentimento e 7,5% foram classificados na categoria “incerto”. Klingberg e Hwang (1994) classificaram 20,0% das crianças “com medo”, 54,0% em “sem medo” e 26,0% em “incerto”.

O subteste III consiste em completar sentenças, sendo que das quinze, nove são relacionadas à Odontologia, revelando aspectos gerais da percepção da criança à assistência odontológica. As palavras e frases mais frequentemente utilizadas pelas crianças avaliadas na categoria “com medo” foram: ruim, detesto, não gosto, dor, triste e chato. As respostas das crianças sem manifestação de medo foram predominantemente positivas como: adoro, feliz, legal, alegre, gosto; de forma semelhante ao relatado por Castro (2003).

De acordo com os dados do subteste III, somente 2,5% das crianças foram avaliadas “com medo” e 97,5% “sem medo” e novamente, não houve avaliação de “incerto”. Castro (2003) verificou 25,0% na categoria “com medo”, 60,0% não apresentaram medo ao tratamento odontológico e 15,0% foram classificados na

categoria “incerto”. Klingberg e Hwang (1994) relataram que 33,0% das crianças mostraram-se “com medo”, 54,0% apresentaram-se “sem medo”, e 16,0% foram avaliadas na categoria “incerto”.

No subteste III, dos 80 participantes, as sentenças que expressaram mais sentimentos negativos foram as de n. 8, 14, 13 e 4. As respostas são todas relacionadas ao tratamento dentário, como: n. 8 *“quando abro a minha boca...”*, n. 14 *“ao ouvir o barulho do alta rotação, eu sinto...”*, a de n. 13 *“quando o dentista coloca meu dente para dormir, eu sinto...”*, e a de n. 4 *“ao restaurar um dente, eu sinto...”*.

Segundo Castro (2003), supõe-se que na menor faixa etária, a compreensão, o nível de desenvolvimento e a maturidade das crianças podem interferir nos resultados dos subtestes. Neste estudo, o comportamento mais comumente observado foi a “aceitação social” (53,75% dos participantes), conforme Tabela 6, o que está condizente com os dados obtidos por Klingberg e Hwang (1994), quanto ao tipo de comportamento em relação à idade, não sendo observada diferença em relação ao gênero.

A avaliação do CDFP é subjetiva, mas a concordância inter-examinadores na avaliação global para Castro (2003) foi de 88,89% e para Klingberg e Hwang (1994) foi de 82,50%. Assim, considerando ser um teste com concordância inter-examinadores de moderada a alta, esta pesquisa foi conduzida somente por um pesquisador.

Portanto, é interessante destacar que não foi observado medo em relação ao tratamento odontológico para a grande maioria das crianças, independente de terem recebido tratamento preventivo ou curativo. Este fato pode ser atribuído a

diferentes motivos como o nível socioeconômico, o atendimento odontológico realizado na escola por especialista na área e a homogeneidade da faixa etária.

7 CONCLUSÃO

De acordo com a metodologia empregada concluiu-se que:

- ✓ O Teste Projetivo do Medo Infantil ao Tratamento Odontológico Modificado (CDFP-M) expressou que a maioria das crianças não apresentou sentimentos de medo à assistência odontológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARTMAN, I.H.A.; van EVERDINGEN, T.; HOOGSTRATEN, J.; SCHUURS, A.H.B. Self-report measurements of dental anxiety and fear in children: a critical assessment. *J. Dent. Child.*, Chicago, v.65, n.4, p.252- 258, July-Aug. 1998.

AKYUZ, S.; PINCE, S.; HEKIN, N. Children's stress during a restorative dental treatment: assessment using salivary cortisol measurements. *J. Clin. Pediatr. Dent.*, Birmingham, v.20, n.3, p.219-223, Spring 1996.

ALVESALO, I.; MURTOMAA, H.; MILGROM, P.; HONKANEN, A.; KARJALAINEN, M.; TAY, K.M. The dental fear survey schedule: a study with Finnish children. *Int. J. Paediatr. Dent.*, Oxford, v.3, n.4, p.193-198, Dec. 1993.

BADRA, A. *Hipnose em odontologia psicossomática*. São Paulo: Andrei, 1987. 478p.

BALDWIN, D.C.Jr. An investigation of psychological and behavioral responses to dental extraction in children. *J. Dent. Res.*, Chicago, v.45, n.6, p.1637-1651, Nov.- Dec. 1966.

BEE, H. *A criança em desenvolvimento*. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. 550p.

BUCHANAN, H.; NIVEN, N. Validation of a facial image scale to assess child dental anxiety. *Int. J. Paediatr. Dent.*, Oxford, v.12, n.1, p.47-52, Jan. 2002.

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

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

CHADWICK, B.L. Assessing the anxious patient. *Dent. Update*, Guildford, v.29, n.9, p.448-454, Nov. 2002.

CHAMBERS, W.L.; FIELDS, H.W.; MACHEN, J.B. Measuring selected disruptive behaviors of the 36- to 60-month-old patient, I. Development and assessment of a rating scale. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v.3, n.3, p.251-256, Sept. 1981.

CORAH, N.L. Development of a dental anxiety scale. *J. Dent. Res.*, Chicago, v.48, n.4, p.596, July- Aug. 1969.

- 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, July-Aug. 1994.
- CUTHBERT, M.I.; MELAMED, B.G. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. *J. Dent. Child.*, Chicago, v.49, n.6, p.432-436, Nov.-Dec. 1982.
- FERRARI, M. Fears and phobias in childhood: some clinical and developmental considerations. *Child. Psychiatry Hum. Dev.*, New York, v.17, n.2, p.75-87, Winter 1986.
- FORMIGA, N.S.; MELLO, I. Testes psicológicos e técnicas projetivas. *Psicol. Ciência Prof.*, v.20, n.2, p.12-19, 2000.
- FRANKL, S.N.; SHIERE, F.R.; FOGELS, H.R. Should the parent remain with the child in the dental operator? *J. Dent. Child.*, Fulton (Mo.), v.29, n.2, p.150-163, Mar.-Apr. 1962.
- GUEDES-PINTO, A.C. *Odontopediatria*. 6.ed. São Paulo: Santos, 2000. 943p.
- KLATCHOIAN, D.A. *Psicologia odontopediátrica*. 2.ed. São Paulo: Santos, 2002. 375p.
- KLEPSCH, M.; LOGIE, L. *Crianças desenham e comunicam: uma introdução aos desenhos infantis da figura humana*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. 204p.
- KLINGBERG, G.; HWANG, C.P. Children's dental fear picture test: manual. Göteborg, 1993. 25p.
- 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.*, Chicago, v.61, n.2, p.89-96, Mar.-Apr. 1994.
- KLINGBERG, G.; BERGGREN, U.; NORÉN, 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.; NORÉN, 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.
- KLINGBERG, G.; BROBERG, A.G. Temperament and child dental fear. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v.20, n.4, p.237-243, July-Aug. 1998.
- LEMOS, C.G. *O desenho de profissionais com estórias na orientação profissional*. Disponível em: <<http://www.psicopedagogia.com.br>>. Acesso em 02/01/2006.
- LIDDELL, A. Personality characteristics versus medical and dental experiences of dentally anxious children. *J. Behav. Med.*, New York, v.13, n.2, p.183-194, Apr. 1990.

- LILIENFELD, S.O.; WOOD, J.M.; GARB, H.N. The scientific status of projective techniques. *Psychol. Sci. Publ. Interest.*, Malden, v.1, n.2, p.27-66, Nov. 2000.
- LOCKER, D.; LIDDELL, A.; DEMPSTER, L.; SHAPIRO, D. Age of onset of dental anxiety. *J. Dent. Res.*, Chicago, v.78, n.3, p.790-796, Mar. 1999.
- McCOMB, M.; KOENIGSBERG, S.R.; BRODER, H.L.; HOUP, M. The effects of oral conscious sedation on future behavior and anxiety in pediatric dental patients. *Pediatr. Dent.*, Chicago, v.24, n.3, p.207-211, May-June 2002.
- MELAMED, B.G.; WEINSTEIN, D.; KATIN-BORLAN, D.M.; HAWES, R. Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modeling. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v.90, n.4, p.822-826, Apr. 1975.
- MILGROM, P.; WEINSTEIN, P. *Treating fearful dental patients. A patient management handbook*. Seattle: Reston Pub., 1985. p.3-6, 45-48.
- 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.; GIL, I.A. A criança e o medo do tratamento odontológico. In: USBERT, A.C. *Odontopediatria clínica*. 2.ed. São Paulo: Santos, 1993. p.113-119.
- MURIS, P.; STEERNEMAN, P.; MERCKELBACH, H.; MEESTERS, 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.
- NEWTON, J.T.; BUCK, D.J. Anxiety and pain measures in dentistry: a guide to their quality and application. *J. Am. Dent. Assoc.*, Chicago, v.131, n.10, p.1449-1457, Oct. 2000.
- ÖST, L.G. Acquisition of blood and injection phobia and anxiety response patterns in clinical patients. *Behav. Res. Ther.*, Oxford, v.29, n.4, p.323-332, 1991.
- PARKIN, S.F. Assessment of the clinical validity of a simple scale for rating children's dental anxiety. *J. Dent. Child.*, Chicago, v.56, n.1, p.40-43, Jan.-Feb. 1989.
- RAADAL, M.; MILGROM, P.; WEINSTEIN, P.; MANCL, L.; CAUCE, A.M. The prevalence of dental anxiety in children from low-income families and its relationship to personality traits. *J. Dent. Res.*, Chicago, v.74, n.8, p.1439-1443, Aug. 1995.
- RACHMAN, S. The conditioning theory of fear-acquisition: a critical examination. *Behav. Res. Ther.*, Oxford, v.15, n.5, p.375-387, May 1977.
- RAMOS-JORGE, M.L.; MENESES, M.V.; PORDEUS, I.A. Relação entre ansiedade e o comportamento de crianças durante o atendimento odontológico. In: Reunião da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, 17, 2000, Águas de Lindóia. *Anais...*, São Paulo: Faculdade de Odontologia - USP, 2000. p.109.

RAMOS-JORGE, M.L.; PORDEUS, I.A. Porque e como medir a ansiedade infantil no ambiente odontológico. Apresentação do Teste VPT Modificado. *Rev. Ibero-Am. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, Curitiba, v.7, n.37, p.282-290, 2004.

SARNAT, H.; PERI, J.N.; NITZAN, E.; PERLBERG, A. Factors which influence cooperation between dentist and child. *J. Dent. Educ.*, Washington, v.36, n.12, p.9-15, Dec. 1972.

SHAW, O. Dental anxiety in children. *Br. Dent. J.*, London, v.139, n.4, p.134-139, Aug. 1975.

SHEKIN, R.B.; KLEIN, H.; LOWENTAL, U. Assessment of children's anxiety throughout dental treatment by their drawings. *J. Dent. Child.*, Chicago, v.49, n.2, p.99-106, Mar.-Apr. 1982.

SINGH, K.A.; MORAES, A.B.A.; BOVI-AMBROSANO, G.M. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. *Pesq. Odont. Brás.*, Águas de Lindóia, v.14, n.2, p.131-136, Abr.-Jun. 2000.

SONNENBERG, E.; VENHAM, L. Human figure drawings as a measure of the child's response to dental visits. *J. Dent. Child.*, Chicago, v.44, n.6, p.438-442, Nov.-Dec. 1977.

SOUZA, E.R.; DUARTE, S.A.M.; PINHEIRO, S.L.; BENGSTSON, A.L. Avaliação do medo infantil em diversas situações na clínica odontopediátrica. *Rev. Ibero-Am. Odontopediatr. Odontol. Bebê*, Curitiba, v.7, n.39, p.445-452, Set.-Out. 2004.

ten BERGE, M.; VEERKAMP, J.S.; HOOGSTATEN, J.; PRINS, P.J. Childhood dental fear in the Netherlands: prevalence and normative data. *Community Dent. Oral. Epidemiol.*, Copenhagen, v.30, n.2, p.101-107, Apr. 2002.

TOLEDO, O.A. *Odontopediatria: fundamentos para a prática clínica*. 2.ed. São Paulo: Premier, 1996. 344p.

TOWNEND, E.; DIMIGEN, G.; FUNG, D. A clinical study of child dental anxiety. *Behav. Res. Ther.*, Oxford, v.38, n.1, p.31-46, Jan. 2000.

WEINER, A.A. Dental anxiety: differentiation, identification and behavioral management. *J. Can. Dent. Assoc.*, Ottawa, v.58, n.7, p.580-585, July 1992.

WEINSTEIN, P.; NATHAN, J.E. The challenge of fearful and phobic children. *Dent. Clin. North Am.*, Philadelphia, v.32, n.4, p.667-692, Oct. 1988.

WEST, G.A.; REID, K.H.; BASTAWI, A.E. Autonomic responses to dental procedures in pedodontics patients during a standard restoration session. *J. Dent. Res.*, Chicago, v.62, n.6, p.728-732, June 1983.

WILLIAMS, J.M.; MURRAY, J.J.; LUND, C.A.; HARKISS, B.; de FRANCO, A. Anxiety in the child dental clinic. *J. Child. Psychol. Psychiatr.*, London, v.26, n.6, p.305-310, Mar. 1985.

WINER, G.A. A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. *Child. Dev.*, Malden, v.53, n.5, p.1111-1133, Oct. 1982.

WOGELIUS, P.; POULSEN, S.; SORENSEN, H.T. Prevalence of dental anxiety and behavior management problem among six to eight-years-old Danish children. *Acta Odontol. Scand.*, Oslo, v.61, n.3, p.178-183, June 2003.

WOGELIUS, P.; POULSEN, S. Associations between dental anxiety, dental treatment due to toothache, and missed dental appointments among six to eight-year-old Danish children: a cross-sectional study. *Acta Odontol. Scand.*, Oslo, v.63, n.3, p.179-182, June 2005.

WONG, H.M.; HUMPHRIS, G.M.; LEE, G.T.R. Preliminary validation and reliability of the modified child dental anxiety scale. *Psychol. Rep.*, Louisville, v.83, n.3 Pt 2, p.1179-1186, Dec. 1998.

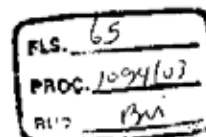
WRIGHT, F.A.C.; LUCAS, J.O.; McMURRAY, N.E. Dental anxiety in five-to-nine-year-old children. *J. Pedod.*, Boston, v.4, n.2, p.99-115, Winter 1980.

VENHAM, L.; BENGSTON, D.; CIPES, M. Children's response to sequential dental visits. *J. Dent. Res.*, Chicago, v.56, n.5, p.454-459, May 1977.

YAMADA, M.K.M.; TANABE, Y.; SANO, T.; NODA, T. Cooperation during dental treatment: the children's fear survey schedule in Japanese children. *Int. J. Paediatr. Dent.*, Oxford, v.12, n.6, p.404-409, Nov. 2002.

Anexos

Anexo A – Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Araçatuba



OF. 114/03
CEP
ACBD/mbc

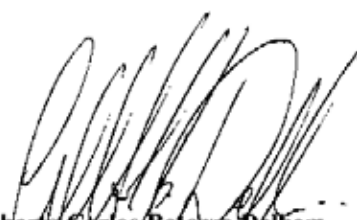
Araçatuba, 04 de julho de 2003.

Referência Processo FOA 1094/2003

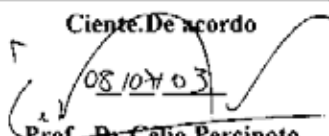
O Comitê de Ética em Pesquisa desta Unidade, tendo em vista o parecer favorável do relator que analisou o projeto “Avaliação do medo odontológico infantil através de um método projetivo modificado”, expede o seguinte parecer:

Aprovado:

Informamos a Vossa Senhoria que de acordo com as normas contidas na resolução CNS 215, deverá ser enviado relatório parcial até 04/07/04 e o relatório final até 04/07/05.


Prof. Dr. Alberto Carlos Botazzo Delbem
Coordenador do CEP

Ilma. Senhor
Prof. Dr Célio Percinoto
Campus de Araçatuba


Ciente. De acordo
08/10/03
Prof. Dr. Célio Percinoto

Anexo B – Carta aos Familiares e Termo de Consentimento Esclarecido

Uberlândia, 20 de setembro de 2004.

DA: Direção

PARA: Familiares de Alunos

Senhores pais e/ou responsáveis

A Escola de Educação Básica da UFU, está contribuindo para a realização de um projeto de pesquisa sobre o tema “Avaliação do medo odontológico infantil através de um método projetivo modificado”, e o propósito será avaliar a ansiedade odontológica por meio de figuras, em situações que retratam os procedimentos dentários clínicos.

Haverá orientações pela responsável para que as crianças respondam objetivamente de acordo com as figuras e o questionário, que abordará fatores influenciadores da ansiedade e que deverão ser respondido por elas.

Todos os dados de identificação pessoal e as respostas serão sigilosas. Segue em anexo o “TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO”, que os senhores (as) poderão ou não permitir a participação de seu filho (a) na pesquisa. Caso haja dúvidas, favor entrar em contato com a direção da escola.

Agradecemos sua colaboração.

Hudson Rodrigues Lima

CÂMPUS DE ARAÇATUBA – FACULDADE DE ODONTOLOGIA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP
(Resolução nº 01 de 13/06/98 – CNS)

TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

I- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. Nome do Paciente:			
Documento de Identidade nº	Sexo:	Data de Nascimento:	
Endereço:	Cidade:	U.F.	
Telefone:	CEP:		

2. Responsável Legal:		
Documento de Identidade nº	Sexo:	Data de Nascimento:
Endereço:		
Natureza (grau de parentesco, tutor, curador, etc.):		

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. Título do protocolo de pesquisa: “Avaliação do medo odontológico infantil através de um método projetivo modificado”		
2. Pesquisador responsável: Profa. Fátima Ioko Mochidome		
Cargo/função: Profa. Titular	Inscr. Cons. Regional: CROMG 7505	Unidade ou Departamento do Solicitante: Departamento de Odontologia Infantil e Social FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA - UNESP
3. Avaliação do risco da pesquisa: (probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano com consequência imediata ou tardia do estudo).		
☒ SEM RISCO ☐ RISCO MÍNIMO ☐ RISCO MÉDIO ☐ RISCO MAIOR		
4. Justificativa e os objetivos da pesquisa (explicitar): Esta pesquisa tem como objetivo avaliar a ansiedade odontológica infantil através das técnicas de auto-relato e projetiva e analisar os fatores influenciadores da ansiedade por meio de um questionário direcionado às crianças de 6 a 8 anos. Este estudo auxiliará na clínica odontopediátrica dando suporte a uma melhor abordagem ao paciente infantil, levando em consideração sua ansiedade.		

5. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais (explicitar): Inicialmente, será solicitado que cada criança responda uma avaliação com 10 figuras para determinar sua ansiedade em relação aos procedimentos odontológicos, e em seguida, o profissional fornecerá ilustrações com várias situações e orientará as crianças para que respondam objetivamente de acordo com as figuras que serão no total de 5 para o sexo feminino e 5 para o sexo masculino. O questionário, abordando aspectos relacionados aos fatores influenciadores da ansiedade. Todos os dados de identificação pessoal e respostas obtidas serão sigilosas.
6. Desconforto e riscos esperados (explicitar): Não há nenhum risco ou desconforto esperados.
7. Benefícios que poderão ser obtidos (explicitar): Os resultados obtidos permitirão que diferentes métodos para avaliação da ansiedade estejam ao alcance do clínico e do odontopediatra, a fim de que possam ser empregados rotineiramente, em serviços públicos ou particulares, melhorando a qualidade do tratamento e da relação profissional-paciente.
8. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo (explicitar): Não há.
9. Aprovação do Protocolo de pesquisa pela comissão de ética para análise de projetos de pesquisa em / /
10. Duração da pesquisa: 24 meses

IV – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido (a) pelo pesquisador, conforme registro nos itens 1 a 5 do inciso III, consinto em participar, na qualidade de paciente, do Projeto de Pesquisa referido no inciso II.

Assinatura

Uberlândia, / / .

_____ Testemunha Nome: Endereço: Telefone: R.G.:	_____ Testemunha Nome: Endereço: Telefone: R.G.:
--	--

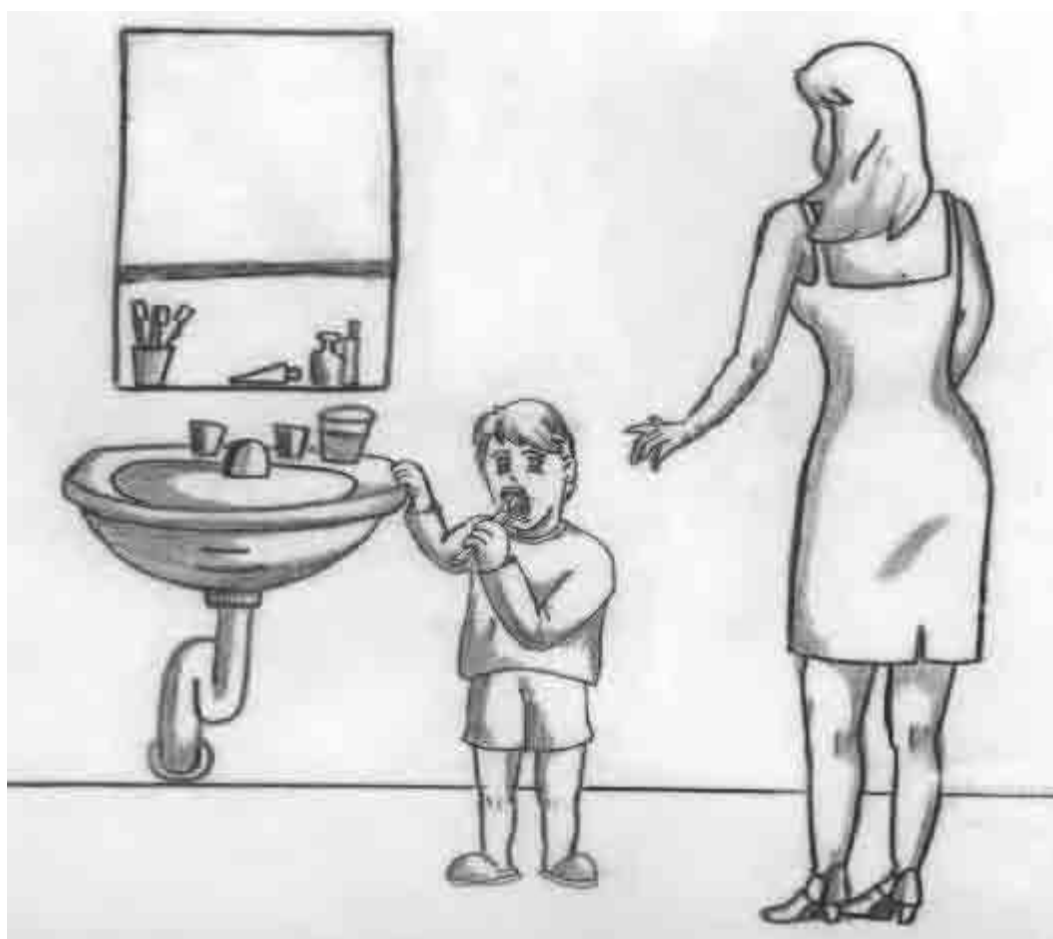
Anexo C – Teste Projetivo do Medo Infantil ao Tratamento Odontológico Modificado (CDFP-M): Subteste I

Nome:

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

Fita N.

Ilustração n. 1



“Minha mãe me acordou cedo e mandou escovar os dentes porque nós iríamos ao dentista, ela ficou olhando se eu escovava direito. Não gosto de acordar cedo, e o dentista podia ser outra hora”.

M.P.O.J...7 anos.

1	Com Medo	Sem Medo	Incerto
---	----------	----------	---------

Comentários

Ilustração n. 2



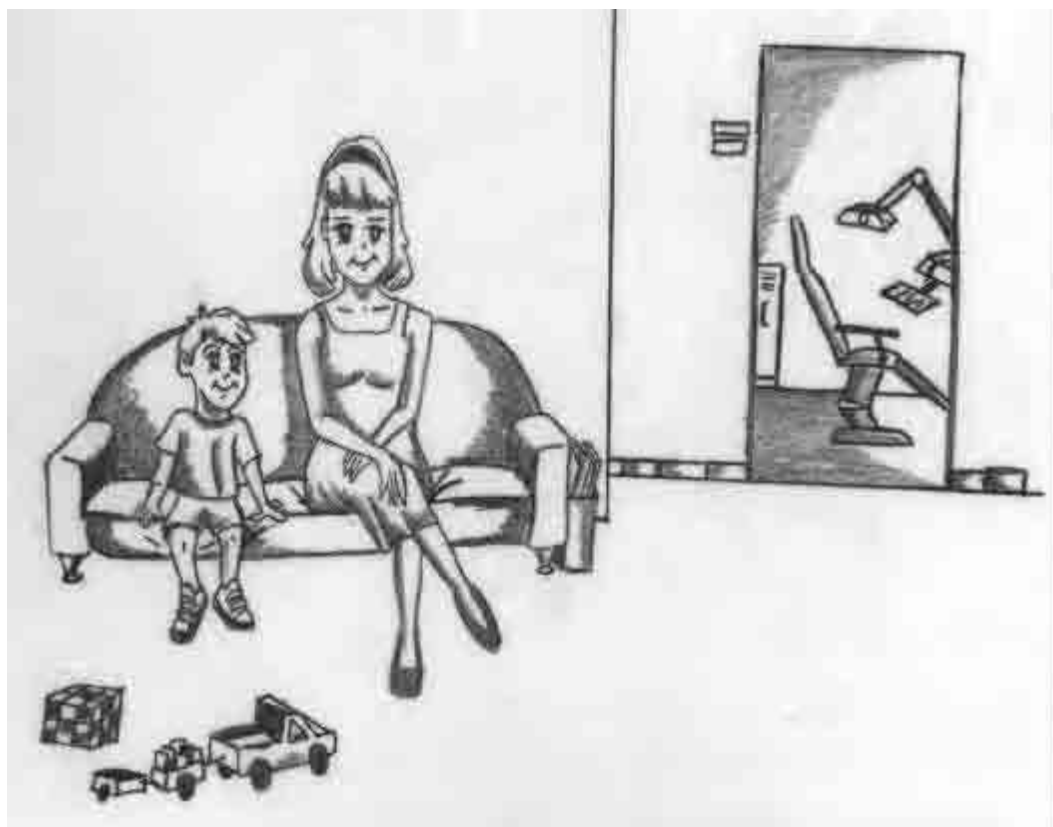
“Eu e minha mãe estamos indo para o dentista, descemos do carro e atravessamos a rua para chegar lá. Eu acho o dentista legal”.

I.G.V. 7 anos.

2	Com Medo	Sem Medo	Incerto
---	----------	----------	---------

Comentários

Ilustração n. 3



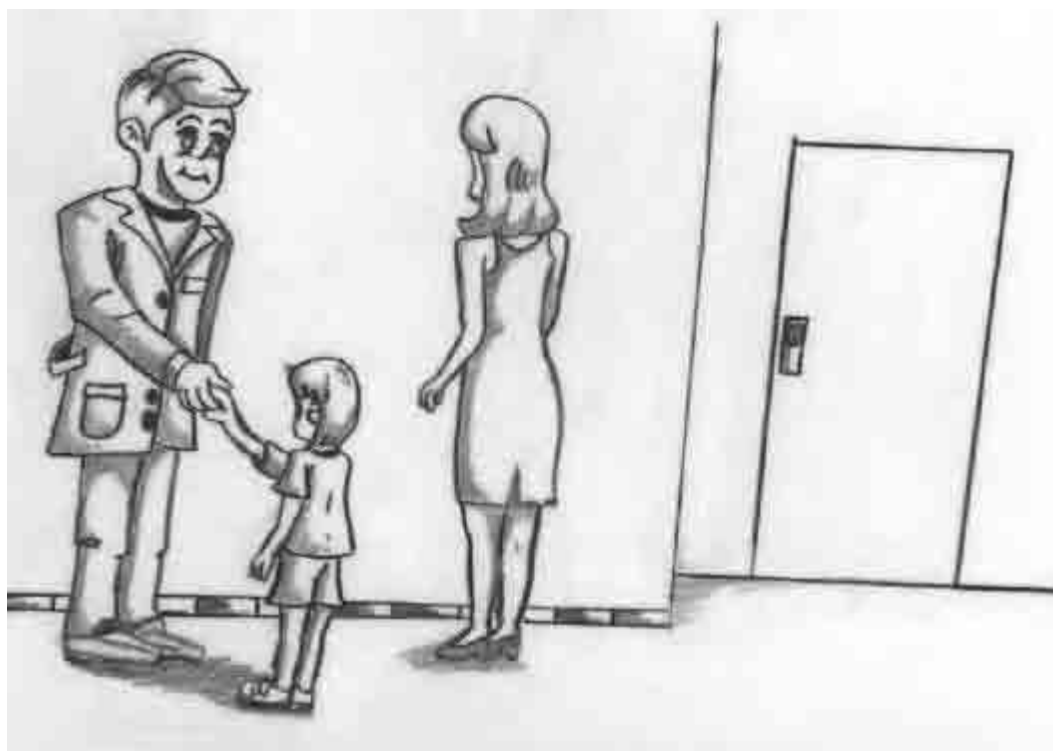
“Estamos sentados no sofá esperando o dentista, não gosto. Tem brinquedo no chão e não quero pegar para brincar”.

A.B. 6 anos.

3	Com Medo	Sem Medo	Incerto
---	----------	----------	---------

Comentários

Ilustração n. 4



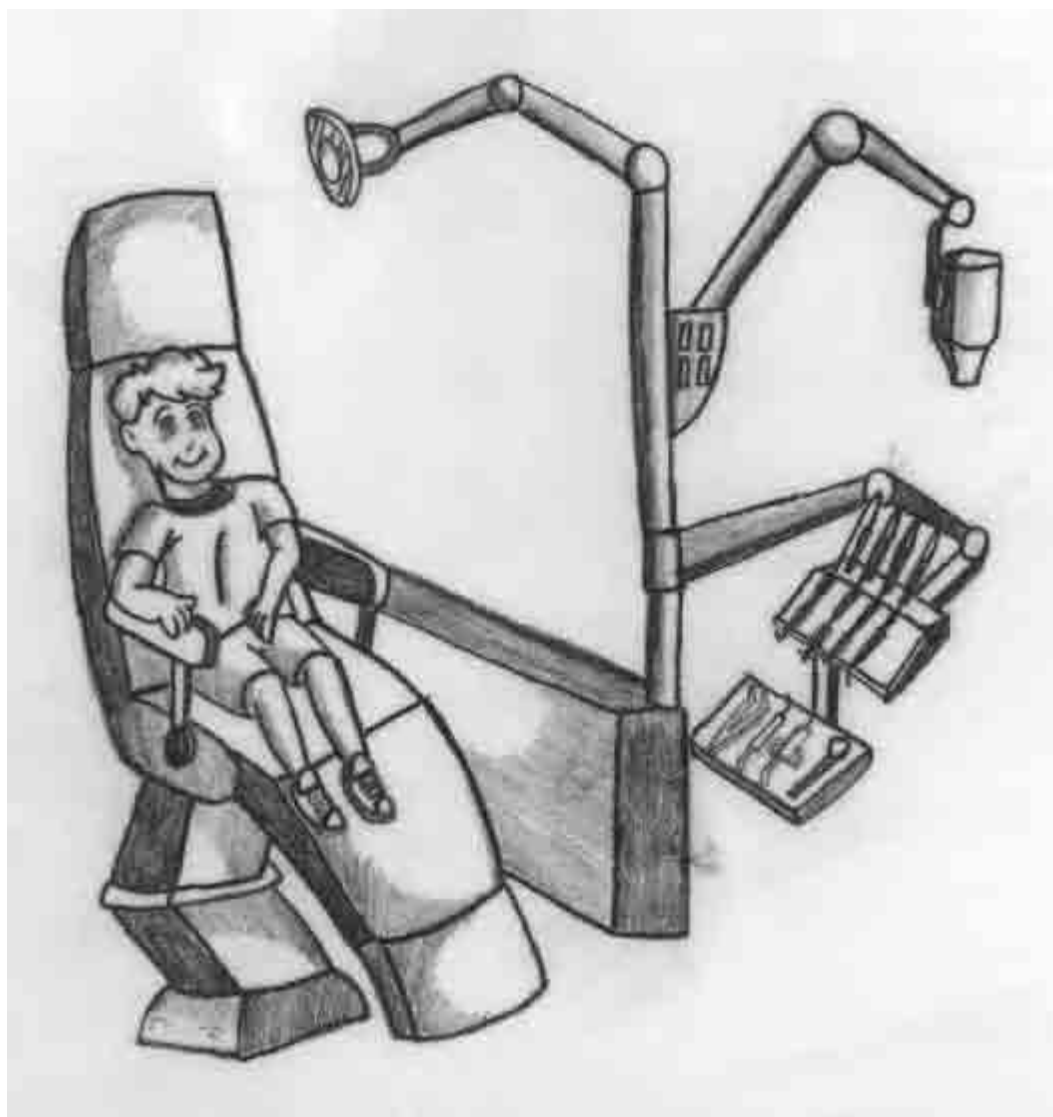
“O dentista pegou na mão do menino e cumprimentou ele. Perguntou se eu estava bem, e eu disse que fui lá só para ele ver”.

B.P.S. 6 anos.

4	Com Medo	Sem Medo	Incerto
---	----------	----------	---------

Comentários

Ilustração n. 5



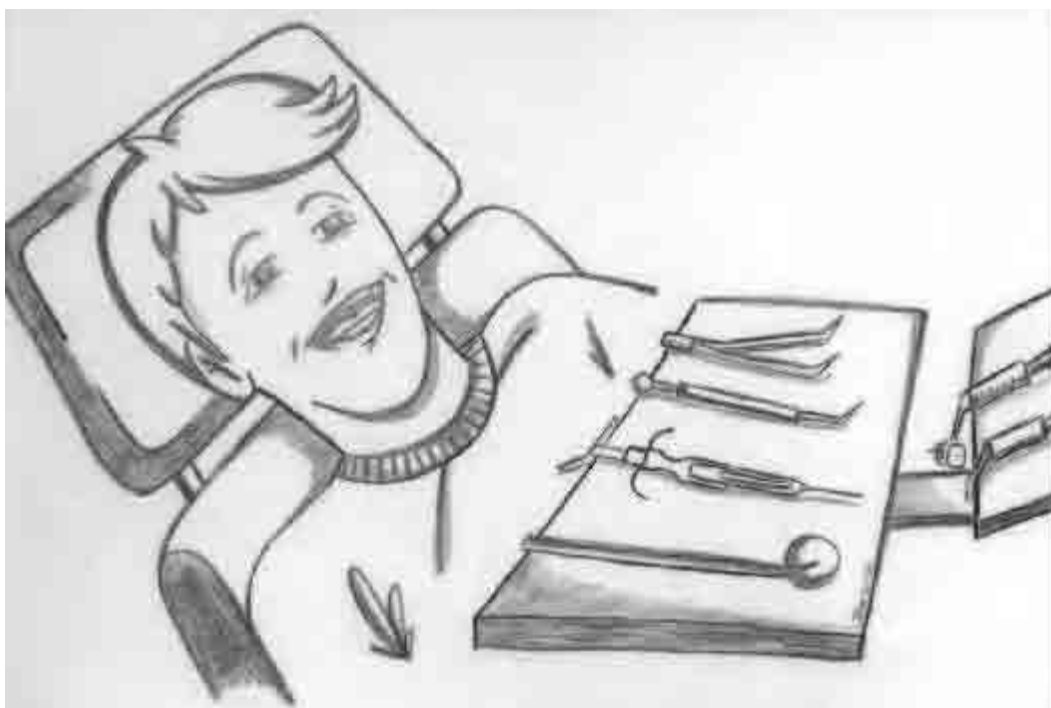
“O menino ficou sozinho sem a mãe no consultório. Ele olhou as coisas do dentista, sentado na cadeira, ele está triste”.

V.M.B. 7 anos.

5	Com Medo	Sem Medo	Incerto
---	----------	----------	---------

Comentários

Ilustração n. 6



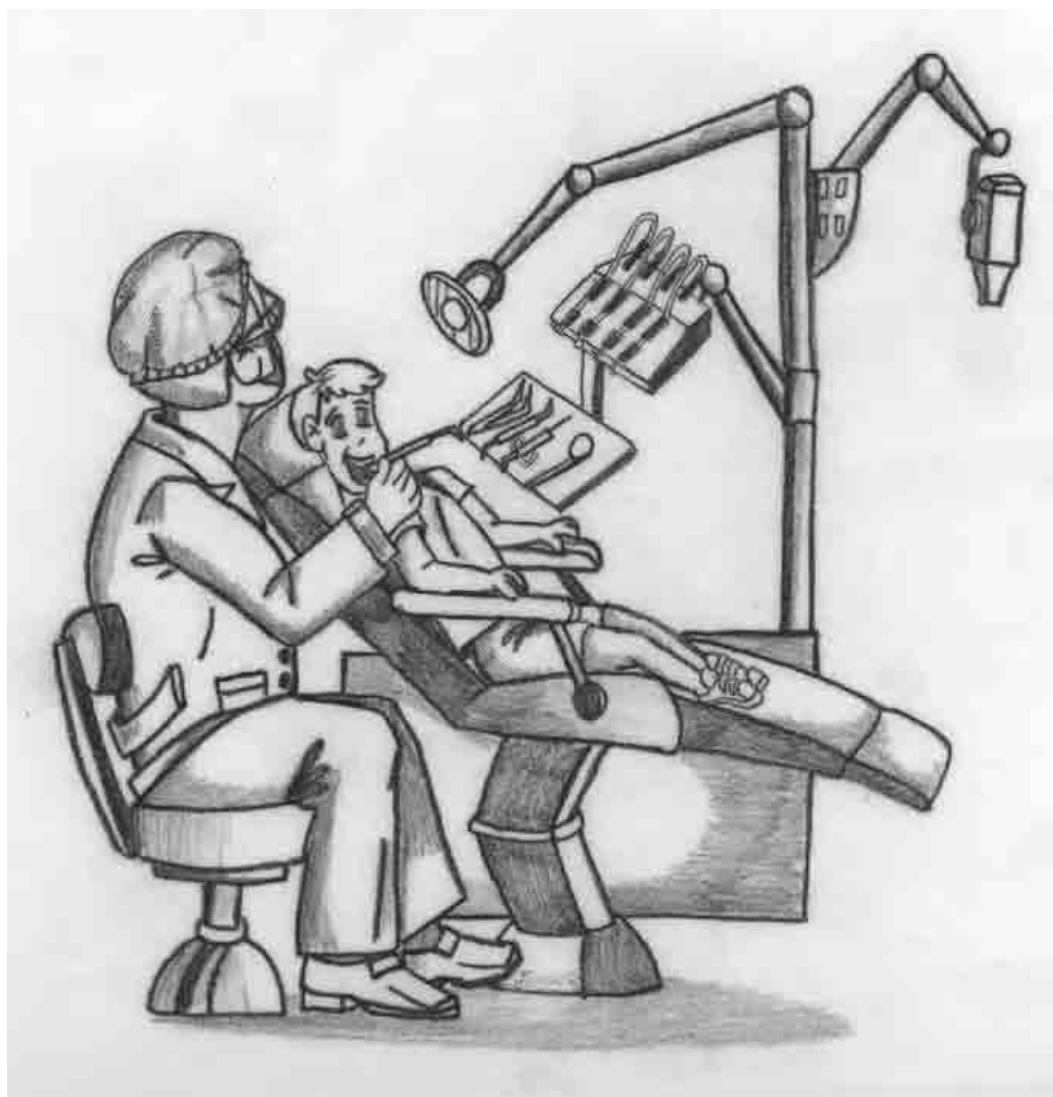
“O menino está com medo, olha como a boca dele está aberta, eu acho que vai doer”.

K.S.L. 7 anos.

6	Com Medo	Sem Medo	Incerto
---	----------	----------	---------

Comentários

Ilustração n. 7



“O menino não importa quando o dentista coloca o espelho na boca. Só não gosta da injeção, tem gosto ruim”.

M.P.O.J. 7 anos.

7	Com Medo	Sem Medo	Incerto
---	----------	----------	---------

Comentários

Ilustração n. 8



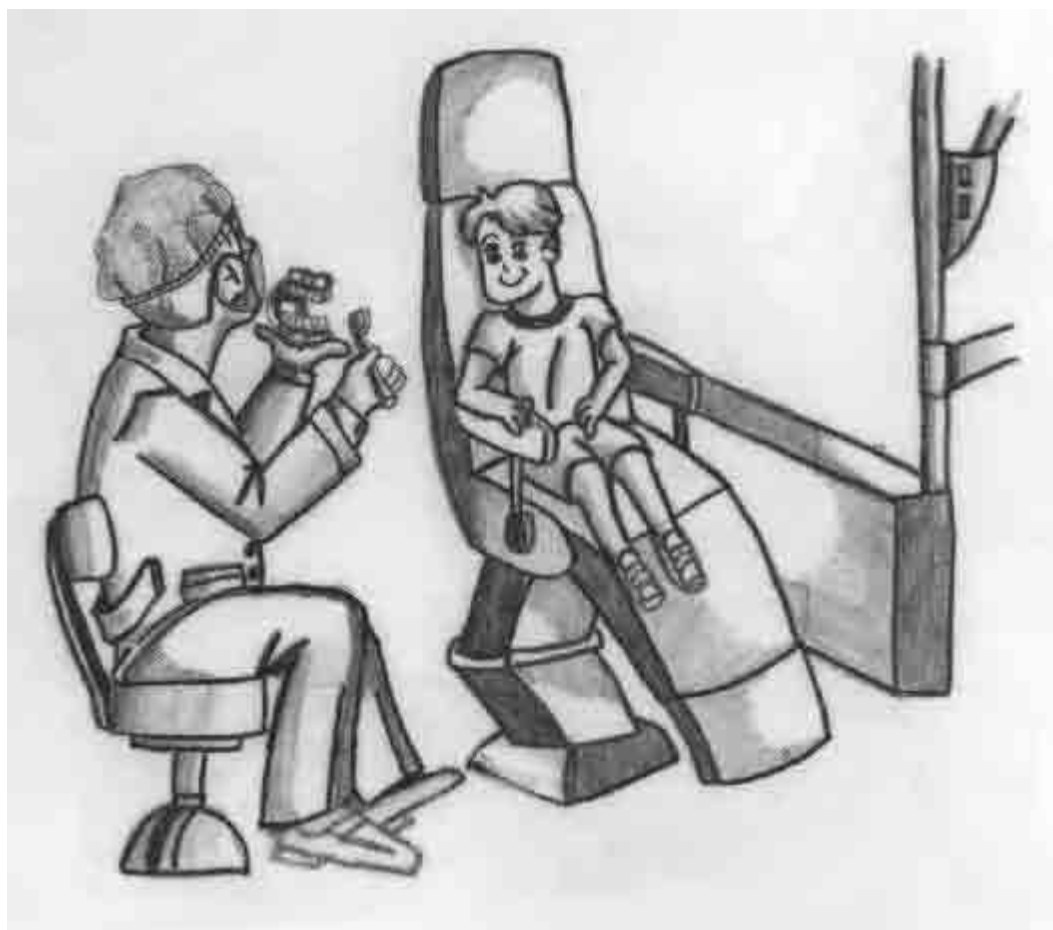
“O dentista está passando o aparelho no dente, tem uma ajudante para ajudar. O menino está meio triste”.

S.F.L. 7 anos.

8	Com Medo	Sem Medo	Incerto
---	----------	----------	---------

Comentários

Ilustração n. 9



“O dentista ensina a escovar os dentes, eu gosto, não vou ter cárie”.

G.A.F. 6 anos.

9	Com Medo	Sem Medo	Incerto
---	----------	----------	---------

Comentários

Ilustração n. 10



“O dentista deu uma bolinha para o menino, porque ele ficou quieto e não chorou”.

R.B.C. 6 anos.

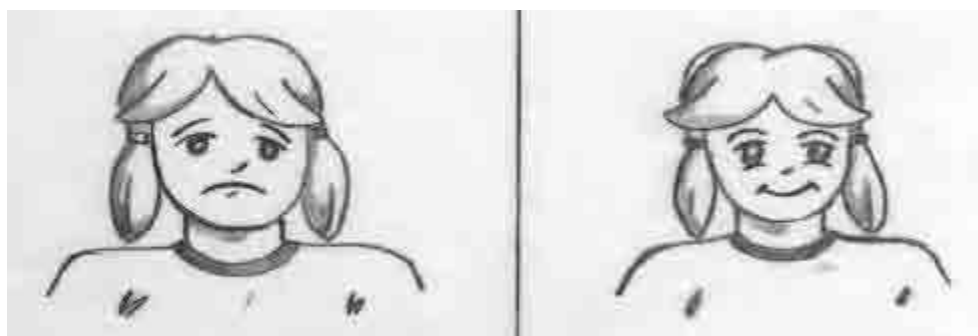
10	Com Medo	Sem Medo	Incerto
----	----------	----------	---------

Comentários

Anexo D – Teste Projetivo do Medo Infantil ao Tratamento Odontológico (CDFP): Subteste II

Ilustração n. 1

“Aqui você pode ver duas meninas / meninos que vão ao dentista. Elas (es) estão em casa, mas a mamãe acabou de avisar que elas estão saindo imediatamente para ir ao dentista. Esta menina (o) (o pesquisador aponta a criança triste) não quer ir ao dentista porque ela sente medo. Esta menina (o) (o pesquisador aponta a criança feliz) porque gosta de ir ao dentista. Ela não sente medo. Existem adultos e crianças que sentem medo de ir ao dentista, porque acham desagradável e assustador (o pesquisador mostra a criança triste). Mas, por outro lado, existem também crianças e adultos, que se sentem bem e gostam de ir ao dentista (o pesquisador mostra a criança feliz). Agora imagine que você está na mesma situação da criança da figura. Você acabou de sair da sua casa para ir ao dentista. Como você se sente?”



	4	3	2	1
Ilustração n. 1	Você sente muito medo, e não quer ir ao dentista	Você sente um pouco de medo em ir ao dentista	Você se sente bem e não tem medo ao ir ao dentista	Você se sente feliz em ir ao dentista e nenhum pouco de medo

Comentários

Ilustração n. 2

“Aqui você pode ver duas meninas / meninos que foram ao dentista. Esta menina (o) (o pesquisador aponta a criança triste) não gosta de ir ao dentista porque sente medo. Esta menina (o) (o pesquisador aponta para criança feliz) está feliz porque gosta de ir ao dentista. Ela não sente medo. Existem crianças e adultos que sentem medo de ir ao dentista, porque acham desagradável e assustador (o pesquisador aponta a criança triste). Mas, por outro lado, existem também crianças e adultos, que se sentem bem e gostam de ir ao dentista (o pesquisador mostra a criança feliz). Agora imagine que você está na mesma situação da criança da figura e o dentista vai examinar sua boca, como você se sente?”

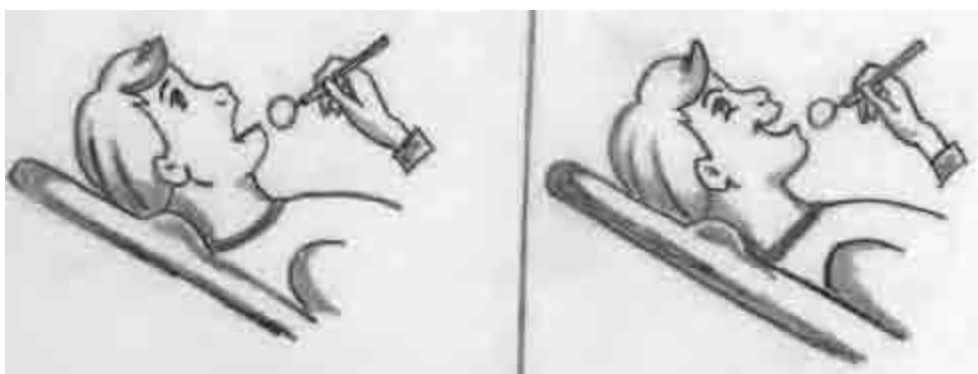
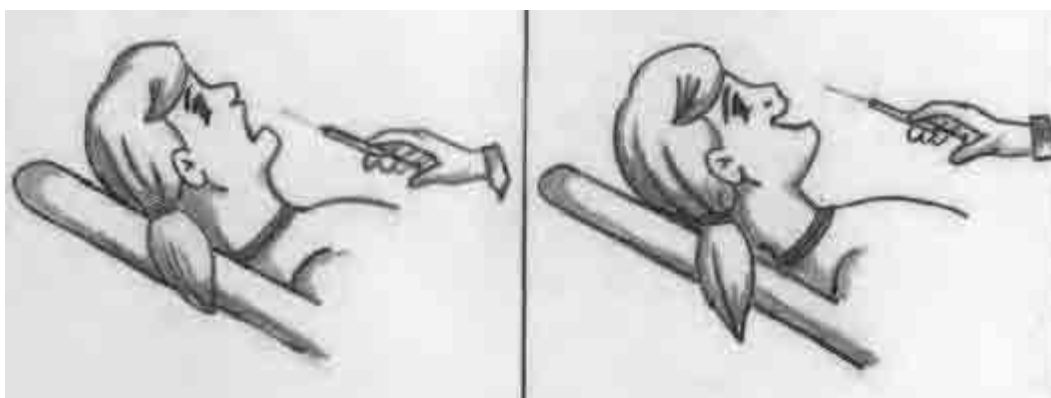


Ilustração n. 2	4 Você sente muito medo, e não quer ir ao dentista	3 Você sente um pouco de medo em ir ao dentista	2 Você se sente bem e não tem medo ao ir ao dentista	1 Você se sente feliz em ir ao dentista e nenhum pouco de medo
-----------------	---	--	---	---

Comentário

Ilustração n. 3

“Aqui você pode ver duas meninas / meninos que foram ao dentista. Esta menina (o) (o pesquisador aponta a criança triste) não gosta de ir ao dentista porque sente medo. Esta menina (o) (o pesquisador aponta para criança feliz) está feliz porque gosta de ir ao dentista. Ela não sente medo. Existem crianças e adultos que sentem medo de ir ao dentista, porque acham desagradável e assustador (o pesquisador aponta a criança triste). Mas, por outro lado, existem também crianças e adultos, que se sentem bem e gostam de ir ao dentista (o pesquisador mostra a criança feliz). Agora imagine que você está na mesma situação da criança da figura e o dentista vai anestesiá-lo seu dente, como você se sente?”

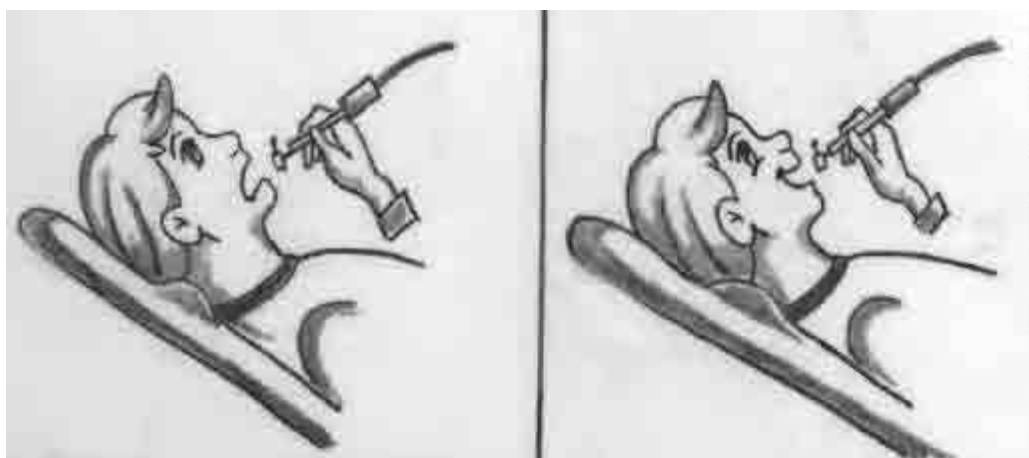


	4	3	2	1
Ilustração n. 3	Você sente muito medo, e não quer ir ao dentista	Você sente um pouco de medo em ir ao dentista	Você se sente bem e não tem medo ao ir ao dentista	Você se sente feliz em ir ao dentista e nenhum pouco de medo

Comentário

Ilustração n. 4

“Aqui você pode ver duas meninas / meninos que foram ao dentista. Esta menina (o) (o pesquisador aponta a criança triste) não gosta de ir ao dentista porque sente medo. Esta menina (o) (o pesquisador aponta para criança feliz) está feliz porque gosta de ir ao dentista. Ela não sente medo. Existem crianças e adultos que sentem medo de ir ao dentista, porque acham desagradável e assustador (o pesquisador aponta a criança triste). Mas, por outro lado, existem também crianças e adultos, que se sentem bem e gostam de ir ao dentista (o pesquisador mostra a criança feliz). Agora imagine que você está na mesma situação da criança da figura e o dentista vai restaurar seu dente, como você se sente?”



	4	3	2	1
Ilustração n. 4	Você sente muito medo, e não quer ir ao dentista	Você sente um pouco de medo em ir ao dentista	Você se sente bem e não tem medo ao ir ao dentista	Você se sente feliz em ir ao dentista e nenhum pouco de medo

Comentário

Ilustração n. 5

“Aqui você pode ver duas meninas / meninos que foram ao dentista. Esta menina (o) (o pesquisador aponta a criança triste) não gosta de ir ao dentista porque sente medo. Esta menina (o) (o pesquisador aponta para criança feliz) está feliz porque gosta de ir ao dentista. Ela não sente medo. Existem crianças e adultos que sentem medo de ir ao dentista, porque acham desagradável e assustador (o pesquisador aponta a criança triste). Mas, por outro lado, existem também crianças e adultos, que se sentem bem e gostam de ir ao dentista (o pesquisador mostra a criança feliz). Agora imagine que você está na mesma situação da criança da figura, que você está deitado em casa e, pensando no dentista, como você se sente?”



Ilustração n. 5	4	3	2	1
	Você sente muito medo, e não quer ir ao dentista	Você sente um pouco de medo em ir ao dentista	Você se sente bem e não tem medo ao ir ao dentista	Você se sente feliz em ir ao dentista e nenhum pouco de medo

Comentário:

Avaliação do Subteste II

Total:	Com Medo	Sem Medo	Incerto
---------------	----------	----------	---------

**Anexo E – Teste Projetivo do Medo Infantil ao Tratamento Odontológico
(CDFP): Subteste III**

- 1- A melhor coisa que conheço é
- 2- Ir ao dentista é
- 3- Eu acho isso chato quando
- 4- Ao restaurar um dente eu sinto
- 5- Eu gosto muito de
- 6- Ter dentes bons e saudáveis é
- 7- A pior coisa que eu conheço é
- 8- Quando eu abro a boca no dentista, eu sinto
- 9- Eu acho que meus amigos são
- 10- Escovar os dentes é
- 11- Eu acho meu dentista
- 12- A coisa mais saborosa que eu conheço é
- 13- Quando o dentista coloca o meu dente para dormir
- 14- Ao ouvir o barulho da alta rotação (motor) eu sinto
- 15- Quando alguém vai ao médico, sente-se

Comentários

Avaliação do Subteste III

Total:	Com Medo	Sem Medo	Incerto
---------------	----------	----------	---------

Anexo F – Avaliação do Comportamento Durante a Aplicação do Teste

Timidez

Timidez inicial, seguida de cooperação relutante

Agitação

Tensão / estresse

Aceitação social