

Children Emotional Reactions After Dental Treatment
Reações Emocionais Infantis
Após o Atendimento Odontológico

Avaliação em Serviço Público, Mediante Premiação

INTRODUÇÃO

A criança, que vai pela primeira vez ao cirurgião-dentista, cria antes da consulta uma expectativa de como será o tratamento^{1,9}. Este grau de ansiedade varia muito de criança para criança, dependendo de vários fatores, tais como informações distorcidas a respeito do que é um tratamento odontológico por familiares ou amigos, ansiedade dos pais e influência cultural.^{6,9,15}

O domínio das técnicas de manejo do comportamento aliado a conhecimentos de psicologia infantil desperta, nos pacientes pré-escolares maiores, confiança e segurança, auxiliando a cooperação do atendimento.¹³

As crianças pré-escolares de classe economicamente menos favorecidas são negligenciadas no serviço público, por motivo de despreparo das clínicas e profissionais, em trabalhar com crianças mais novas de 0 a 5 anos, desencadeando falta de orientação e mais doenças na cavidade bucal infantil.^{2,12}

O primeiro encontro da criança e do cirurgião-dentista deve ser agradável, pois assim, o profissional estará preparando o comportamento infantil, para que a próxima visita seja melhor que a anterior.^{3,7,10}

A recompensa tangível ou premiação é uma das técnicas de manejo do comportamento infantil, também chamada de técnica de recompensa. Conforme Seger *et al.*¹⁶, Melamed⁸ e Wright²⁰, a prática de oferecer brindes pode ter resultados positivos, pois muitas crianças que parecem tensas após os métodos operatórios, subitamente se tornam felizes ao receberem o presente. Representando assim, uma lembrança agradável da consulta.

Embora haja diversos autores citando em seus livros de odontopediatria a importância do controle do comportamento infantil, e recomendando a técnica de recompensa como reforço positivo, não foram encontradas na literatura, pesquisas científicas que comprovassem a eficácia desta técnica.^{4,5}

A ansiedade é um estado emocional interno, não observável, porém de grande importância no processo cognitivo, assim sendo, a auto-descrição deste acontecimento subjetivo e individual, pela própria criança, supre valiosos dados inacessíveis em comparação a outras técnicas mais objetivas.¹⁷ Esta pesquisa utilizou o teste projetivo com auto-análise de Venham e Gaulin-Kremer¹⁹ e modificado por Rank¹⁴, para que crianças em idade de 4 a 6 anos se auto-avaliassem.

MATERIAL E MÉTODOS

Aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade São Leopoldo Mandic, nº 790 (Parecer 196/1.996 do CNS – Ministério da Saúde).

- **Rise Consolação I. Costa Rank**
Mestre em Odontopediatria pelo CPO São Leopoldo Mandic/Campinas/SP.
- **Adriana Silva de Carvalho**
- **Daniela P. Raggio**
- **Rodrigo Cecanho**
- **José Carlos Pettorossi Imparato**
Professores Doutores do Programa de Pós-Graduação pelo CPO São Leopoldo Mandic/Campinas/SP.

Os AA avaliam as reações emocionais de crianças de 4 a 6 anos, após atendimento odontológico

CONTATO C/ AUTOR:
E-mail: riserank@yahoo.com.br
DATA DE RECEBIMENTO:
Maio/2005
DATA DE APROVAÇÃO
Julho/2005

Tabela 1 - Códigos das cartelas relacionadas a reação emocional.

Código	Reação emocional
0	Neutro – emoção de pouca ansiedade
1:	Alegre – emoção ausente de ansiedade
2:	Medo – emoção de ansiedade
3:	Aflito-choro – emoção de ansiedade
4:	Triste – emoção de ansiedade
5:	Raiva – emoção de ansiedade
6:	Pânico – emoção de ansiedade

Selecionaram-se 153 crianças, na faixa etária de 4 a 6 anos, as quais procuraram o posto de saúde municipal de Gurupi – TO para atendimento odontológico. As crianças não possuíam experiência odontológica anterior e as mães acompanhavam durante o atendimento. O grupo controle foi composto de 75 crianças em que 41 eram do gênero feminino e 34 do gênero masculino, o grupo experimental com 78 crianças em que 36 eram do gênero feminino e 42 do gênero masculino.

O material do teste projetivo aplicado utilizou 7 cartelas de tamanho 8 x 12 cm, representados por desenho de figura humana com 7 variedades de emoções. As 7 ilustrações foram retiradas da cartela do artigo de Venham e Gaulin-Kremer¹⁹ composta de 42 figuras de desenhos humanos. As cartelas sofreram modificações em número, forma, cor, codificação e acréscimo do gênero feminino¹⁴. As cartelas foram codificadas conforme as reações emocionais (TAB.1).

Os testes aplicados foram:

Teste 1: na primeira visita antes do atendimento odontológico

Teste 2: após o atendimento na primeira visita

Teste 3: após receber o prêmio (somente para o grupo Experimental)

Teste 4: na segunda visita antes do atendimento odontológico

A criança foi convidada a responder o 1º teste projetivo antes de entrar no consultório odontológico, acompanhada pela mãe ou responsável, numa sala à parte. No momento do teste, a auxiliar instruiu a criança para apontar o dedo para a figura que mais parecia com o que ela estivesse sentindo no momento. Apresentaram-se as cartelas masculinas (FIG. 1) ou as femininas (FIG.2 e FIG. 3), segundo a tipificação sexual dos mesmos¹⁴.

Ao apontar o dedo para a primeira figura (FIG. 4), anotou-se o código correspondente e a criança foi encaminhada para sala clínica. O profissional realizou o exame clínico e orientação de higiene bucal com a devida profilaxia.

O teste 2 foi aplicado para ambos os grupos, no mesmo dia, após o atendimento clínico. Entretanto, no grupo experimental, após a aplicação do teste 2, as crianças receberam como premiação um balão colorido (FIG. 5) e responderam o 3º teste (FIG. 6). O grupo controle não respondeu ao terceiro teste.

Na segunda visita, as crianças responderam ao 4º teste, antes de entrar na sala de atendimento. Ao término do teste, o paciente foi encaminhado para a sala clínica, onde o profissional realizou o procedimento odontológico que se fez necessário. Os dados obtidos foram registrados, tabulados e analisados estatisticamente com o teste *Exato de Fisher*.

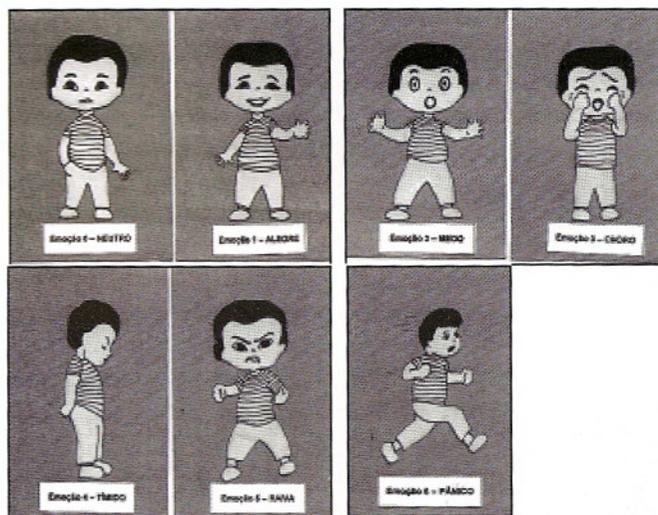


Fig. 1 - Cartelas do gênero feminino. Fonte: Rank¹⁴.

RESULTADOS

Os resultados obtidos foram representados em tabela e gráfico (TAB. 2, GRAF.1).

As distribuições dos resultados percentuais do grupo controle nos testes 1, 2 e 4 foram e a distribuição percentual dos testes 1, 2, 3 e 4 do grupo Experimental apresentadas demonstram em forma de bolhas, em que os tamanhos dos círculos foram proporcionais aos percentuais encontrados no grupo controle e experimental, simultaneamente.

DISCUSSÃO

A ansiedade infantil, que acompanha o tratamento odontológico, tem sido objeto de estudo por vários autores^{6, 15, 19}, relatando sua complexa e multifatorial etiologia e afirmam que a ansiedade varia quantitativamente e qualitativamente de criança para criança, pois cada indivíduo tem sua história individual, sujeito a experiências odontológicas anteriores, contexto sócio-econômico e cultural. De acordo com Pawlicki¹², os pacientes não temem em ir ao consultório por causa do dentista, mas porque este pode produzir ou induzir a dor. Desse modo, quando o medo e a ansiedade são modificados também se modifica a percepção da dor.

Aragone e Vicente¹ afirmaram que, para se conseguir o controle do comportamento da criança é preciso primeiramente conseguir o controle da ansiedade. De acordo com Mussen *et al.*⁹, vários fatores refletem na alteração do comportamento da criança, tais como atitudes familiares, história médica, disposições variáveis do ambiente como o tempo e o espaço (fome, hora do dia e sono).

Essa pesquisa foi realizada em duas visitas ao clínico, objetivaram testar as variações emocionais entre uma e outra visita, que está de acordo com os relatos de Grinberg e Schor³, que consideram relevante a primeira visita, afirmando ainda que ela deve ser a mais atrativa possível, dependendo sempre do próprio profissional.

O atendimento a crianças pré-escolares, na rede pública é ainda muito limitado, segundo Crall², a situação continua em parte por causa de técnicos e cirurgiões dentistas não capacitados ao atendimento infantil ou com grande limitação para dedicar cuidados a esses, faltando assim, atenção pelo

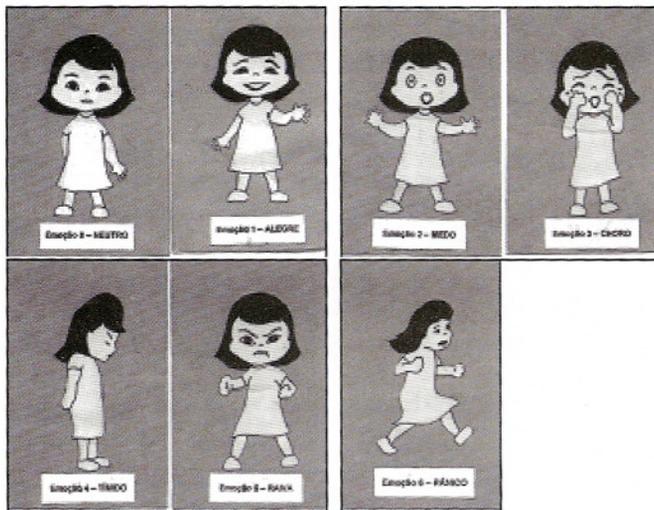


Fig. 2 - Cartelas do gênero feminino. Fonte: Rank¹⁴.

sistema, especialmente a crianças de baixa renda. No processo de interação com o ambiente, a criança gradualmente desenvolve estrutura psicológica adequada. Este trabalho buscou comprovar cientificamente a técnica de controle de comportamento simples e acessível, o reforço positivo tangível, ou seja, premiação, aos profissionais da área de saúde pública.

Por se basear em tantos estudos e relatos da ansiedade infantil na consulta odontológica, a premiação como técnica de controle de comportamento infantil, por meio de reforço positivo, tornou-se o ponto alvo de interesse desta pesquisa. Concordando com Guedes-Pinto⁴, que a premiação reforça o bom comportamento estimulando a criança, valorizando-a e favorecendo o relacionamento dentista-paciente e encorajando-a ao retorno. Melamed⁸ afirmou em seu estudo, que o brinquedo deveria ser oferecido antes de iniciar o atendimento, pois a premiação após o atendimento não iria ensinar ou modelar o que se desejava do comportamento da criança. Essa pesquisa estudou a premiação, após o atendimento odontológico como objeto de influência no estímulo positivo, para avaliar as mais variadas reações emocionais da ansiedade do paciente.

Todas as crianças deste estudo receberam o reforço positivo verbal, mas apenas o grupo experimental recebeu a premiação tangível ou recompensa. Notou-se uma melhora de comportamento global, mas os melhores resultados da redução das emoções de ansiedade foram apresentadas no grupo experimental. Concordando com a afirmação de Seger *et al.*¹⁶ que o ideal seriam reforçadores de curta duração de tempo como um elogio, agradecimento, adesivos auto-colantes, brinquedos de plásticos, pois só o elogio poderia ser insuficiente, e este tornaria-se mais efetivo quando utilizado com outros reforçadores. Destaca ainda, a importância de utilizar um reforçador que possa ser dado imediatamente após o comportamento que se quer reforçar, pois a demora na apresentação deste, pode diminuir sua efetividade. No entanto, deve-se evitar reforços como alimentos cariogênicos, pirulitos, balas e doces. O presente trabalho adotou como prêmio balões coloridos, devido ao baixo custo do produto, grande aceitação infantil como brinquedo, e por apresentar uma conotação de festa e alegria.

Existe distinção entre reforço, suborno e chantagem. O suborno e chantagem aparecem condicionalmente a um

comportamento¹⁶. Suborno é diferente de prêmio, pois o uso deste artifício para obter a colaboração do paciente seria um estímulo negativo para o desenvolvimento da personalidade infantil. A criança subornada não melhora o comportamento⁴. Por isso, nesta pesquisa, as crianças não ficavam sabendo que receberiam premiação após o atendimento, para que este prêmio não se transformasse em um suborno.

A técnica projetiva tem a capacidade de proporcionar informações mais reveladoras, se for preparada de tal forma que permita à criança reagir espontaneamente, com a finalidade de baixar sua guarda e deixar transparecer pensamentos e sentimentos dos quais normalmente não falaria nem expressaria abertamente em seu comportamento, afirmaram os autores Venham; Gaulin-Kremer¹⁹.

O teste projetivo de Venham e Gaulin-Kremer¹⁹, o VPT original, tem os itens do teste apresentados em oito pares de emoções. Entretanto, RANK¹⁴ modificou este teste individualizando em 13 as cartelas. A presente pesquisa utilizou a modificação de Rank¹⁴ e ainda reduziu as figuras individuais de 13 para 7 figuras, “neutro, alegria, medo, raiva, timidez, choro, pânico”. Esta modificação foi realizada pelo fator atenção e centralização que a criança pré-escolar possui. Klatchoian⁵ defende que a criança em idade pré-escolar tem um pequeno limite e duração de atenção, pois elas se distraem facilmente.

Mantiveram-se as modificações de Rank¹⁴ com cartelas individuais no tamanho padrão de 8 X 12 cm, o fundo com a cor cinza destacou o desenho, pois crianças de 2 a 7 anos não conseguem fixar sua atenção em mais de um aspecto de uma situação ao mesmo tempo, por esta afirmação, apresentou-se figura por figura à criança, e foram deixadas sobre a mesa para que a criança apontasse o dedo.⁵

Concordando com os estudos de Rank¹⁴, houve a necessidade de desenhos femininos para apresentar ao gênero feminino. Segundo conhecimentos apresentados por Mussen *et al.*⁹, as crianças se identificam mais com a figura de seu gênero correspondente, como auto-imagem.

Em relação à ansiedade infantil antes do atendimento odontológico, os resultados dos dois grupos no teste 1, observaram-se pouca diferença percentual nas reações emocionais entre os grupos (TAB. 1). Crall² atesta que o conhecimento da existência de doença bucal por parte da criança é um dos fatores que podem afetar a ansiedade na primeira consulta.

O grupo controle apresentou dados estatisticamente significantes quando comparados os testes 1 e 4 (= 0,0001), ou seja, nas duas visitas. O estado emocional “alegre” (ausente de ansiedade), reduziu na segunda visita, entretanto, o “neutro” (pouca ansiedade) e o “medo” (estado emocional de ansiedade) aumentaram os percentuais na segunda visita. Nainar e Crall¹⁰ atestam que, o comportamento infantil frequentemente se deteriora durante uma seqüência de visitas odontológicas, porém Koenigsberg e Johnson⁷ determinaram a variação de respostas infantis e não encontraram alterações comportamentais significativas, entre a 1^a e 2^a consulta e a 2^a e 3^a consulta.

No grupo experimental as emoções que aumentaram na segunda visita foram o “neutro” (emoção de pouca ansiedade) e o “alegre” (emoção com ausência de ansiedade)



Fig. 3 - Apresentação individual das cartelas femininas (teste 1)

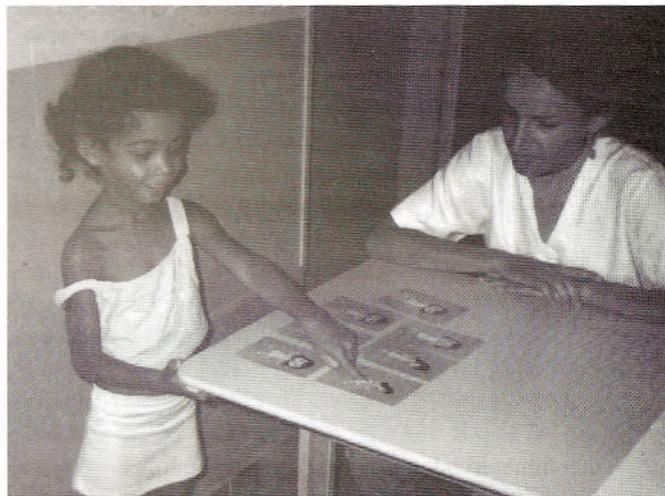


Fig. 4 - Após cartelas expostas na mesa, a criança aponta o dedo para a cartela que mais se identifica.

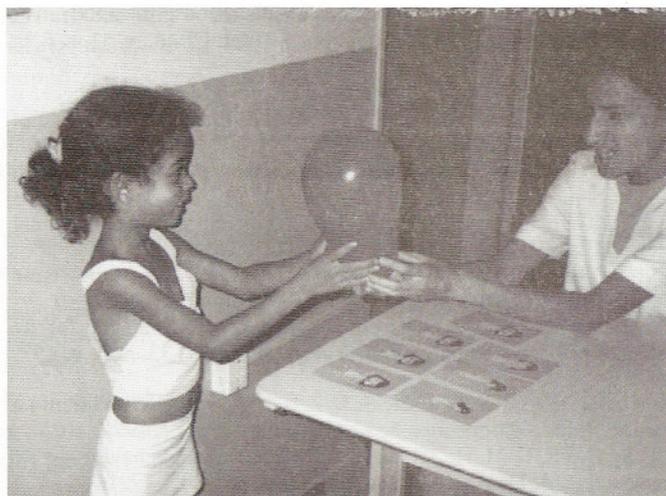


Fig. 5 - Criança do grupo experimental recebendo premiação após atendimento odontológico e responder o teste 2.

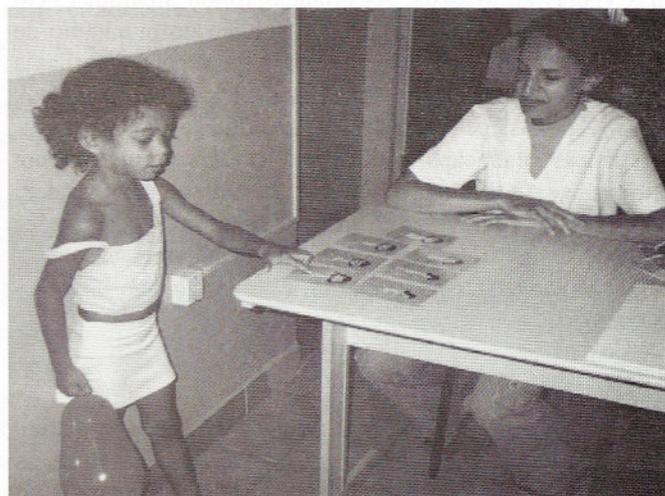


Fig. 6 - Criança realizando o teste 3, seleção da figura após ganhar o prêmio (teste 3)

na segunda visita, atestando assim, redução da ansiedade infantil. Os resultados conferem o que Nainar e Crall¹⁰ afirmaram, que o comportamento infantil freqüentemente se deteriora durante uma seqüência de visitas odontológicas, porém quando utilizadas técnicas de condicionamento e adaptação à situação dental, o comportamento melhora. As lembranças favorecem o relacionamento profissional-paciente, tornando-se coadjuvantes para a motivação ao retorno da criança ao consultório.⁴

Comparando-se o teste 2 do grupo controle e teste 3 do grupo experimental, o reforço positivo também apresentou efeito psicológico nas crianças, com dados estatísticos significantes ($= 0,048$). Confirmando o que os autores Guedes-Pinto⁴ e Seger *et al.*¹⁶, afirmaram a respeito do poder do reforço positivo como condicionamento psicológico, ajudando a criança a cooperar e adaptar-se ao tratamento dentário. Conforme Wright²⁰, as crianças que parecem tensas após o tratamento dentário ficam contentes ao receber o prêmio.

CONCLUSÃO

A premiação após o atendimento odontológico apresentou um resultado positivo em relação à diminuição das reações emocionais de ansiedade na criança pré-escolar, em

duas visitas. Assim sendo, torna-se imprescindível, a busca contínua por meios e soluções viáveis que auxiliem o serviço público.

O cirurgião-dentista que se propõe a assumir a responsabilidade de trabalhar com o paciente infantil na idade pré-escolar, deve ter em mente que o exercício da odontopediatria não pode limitar-se à prevenção ou a tratamentos curativos, mas trabalhar a criança como um todo. Assim sendo, para possibilitar a ampliação dos benefícios do atendimento público e facilitar a execução de uma odontologia de alto padrão, é importante que o profissional busque trabalhar preventivamente na ansiedade e tensão emocional infantil. Buscando evitar o uso exagerado de contenções físicas e agentes farmacológicos para reduzir a ansiedade. A tarefa de transformar o paciente cativo em cooperador é a chave mestra para melhorar o relacionamento do cirurgião-dentista e paciente

RESUMO

O fator mais importante de influência da cooperação infantil, no tratamento odontológico, é a ansiedade. O objetivo deste estudo foi avaliar as reações emocionais de 153 crianças de 4 a 6 anos de idade, sem experiência odontológica anterior, frente ao uso da técnica de reforço positivo com premiação

Tabela 2 - Distribuição em número e percentual das crianças nos testes 1, 2, 3 e 4 dos grupos controle e experimental em relação a emoções.

Emoção	Teste 1		Teste 2		Teste 3		Teste 4							
	Exp	Cont	Exp	Cont	Exp	Cont	Exp	Cont						
0	9	11,5	10	13,3	8	10,3	19	25,3	25	32,1	18	23,1	28	37,3
1	22	28,2	18	24,0	28	35,9	22	29,3	33	42,3	29	37,2	16	21,3
2	11	14,1	7	9,3	16	20,5	11	14,7	8	10,3	8	10,3	18	24,0
3	11	14,1	14	18,7	6	7,7	8	10,3	3	3,8	6	7,7	4	5,3
4	7	9,0	11	14,7	8	10,3	7	9,3	5	6,4	7	9,0	6	8,0
5	11	14,1	5	6,7	2	2,6	1	1,3	3	3,8	2	2,6	0	0,0
6	7	9,0	10	13,3	10	12,8	7	9,3	1	1,3	8	10,3	3	4,0
Total	78	100,0	75	100,0	78	100,0	75	100,0	78	100,0	78	100,0	75	100,0

após o atendimento odontológico, em saúde pública.

Aplicou-se o teste projetivo com auto-análise das reações emocionais infantis (Venham Picture Test – VPT), em duas visitas ao dentista. As crianças foram atendidas pelo odontopediatra no posto de saúde público do município de Gurupi –TO, receberam orientação de higiene bucal, profilaxia e exame clínico na primeira visita. Apenas o grupo experimental, com 78 crianças, recebeu uma bexiga colorida como premiação. As crianças foram capazes de responder o teste projetivo com auto-análise. O resultado da técnica de reforço positivo com premiação, após o atendimento odontológico, foi estatisticamente significativo na redução da ansiedade.

Palavras-chave: Odontopediatria. Comportamento infantil - Psicologia

ABSTRACT

The most important factor related to child cooperation in dental setting, is anxiety. The goal of this study was to assess emotional reactions in 153 children ages 4-6 years with no previous dental experience when the technique of positive reinforcement with reward following dental treatment was used in public health. A projective test with self analysis of child emotional reactions (Venham Picture Test – VPT) was used during two appointments with the dentist. The 153 children were seen by the pedodontist in the ambulatory of public health in the city of Gurupi –TO. Children received instructions about oral hygiene, dental prophylaxis and clinical examination during the first appointment. Only the experimental group, formed by 78 children, received a colorful playing ballon as a reward. The second appointment of the experimental group increased the emotion “happiness” or “no anxiety”. Children were able to respond to the projective test with self analysis. The result of the positive reinforcement technique using reward following the dental intervention, was statistically significant in reducing anxiety.

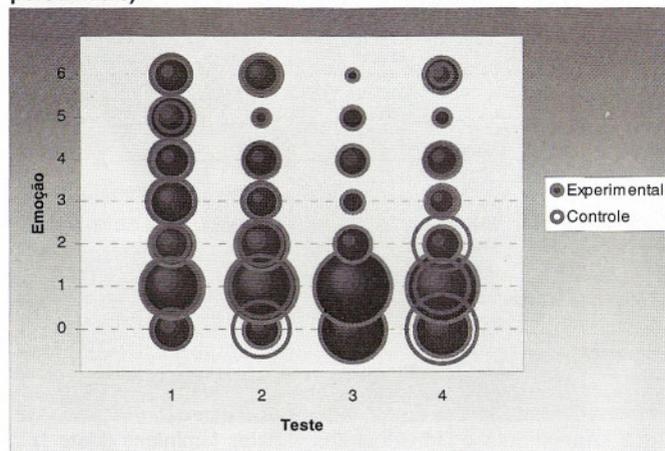
Keywords: Pedodontist. Child behavior - Psychology.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARAGONE, P. N.; VICENTE, S. P. Aspectos psicológicos na clínica odontopediátrica aplicado à relação criança x família x dentista. **J. Bras. Odontopediatr. Odontol. Bebê**, v. 2, n. 5, p. 23-27, 1998.
 2. CRALL, J. J. Delivery systems for preschool children. **Dent. Clin. North Am.**, v. 39, n. 4, p. 897-899, 1995.

Gráfico 1 - Distribuição percentual das crianças quanto as emoções nos testes (o tamanho das bolhas é proporcional aos percentuais)



3. GRINBERG, S.; SCHOR, M. First encounter of child and dentist: an analysis of the introductory session. **J. Dent. Child.**, v. 51, n. 6, p. 438-440, 1984.
 4. GUEDES-PINTO, A. C. Métodos empregados para conhecer e relacionar com crianças. In: _____. **Odontopediatria**. São Paulo: Santos, 1988. p. 255-7.
 5. KLATCHOIAN, D. A. **Psicologia odontopediátrica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2002.
 6. KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. Temperament and child dental fear. **Pediatr. Dent.**, v. 20, n. 4, p. 237-243, 1998.
 7. KOENIGSBERG, S. R.; JOHNSON, R. Child behavior during three dental visits. **J. Dent. Child.**, v. 42, n. 3, p. 197-200, 1975.
 8. MELAMED, B. G. Assessment and management strategies for the difficult pediatric dental patient. **Anesth. Prog.**, v. 33, n. 4, p. 197-200, 1986.
 9. MUSSEN, P. H.; CONGER, J. J.; KAGAN, J. **Desenvolvimento e personalidade da criança**. 4. ed. São Paulo: Harper, 1977.
 10. NAINAR, S. M. H.; CRALL, J. J. Child patient behavior: a new perspective. **J. Dent. Child.**, v. 58, n. 4, p. 305-305, 1991.
 11. NATHAN, J. E. Managing behavior of pre-cooperative children. **Dent. Clin. North Am.**, v. 39, n. 4, p. 789-797, 1995.
 12. PAWLICKI, R. Psychological interventions for the anxious dental patient. **Anesth. Prog.**, v. 34, n. 6, p. 220-227, 1987.
 13. PINKHAM JR. Fear of dentistry: a discussion of its usefulness to certain child dental patients. **J. Dent. Child.**, v. 50, n. 2, p. 111-113, 1983.
 14. Rank RCIC. **Avaliação das reações emocionais em crianças de 3 a 7 anos, frente a uma sala de espera infantil, antes do atendimento odontológico**: uma auto-análise com teste projetivo. Monografia (Especialização em Odontopediatria) - Faculdades Integradas da Associação Educativa Evangélica, Anápolis, 2000.
 15. RANK, R. C. I. C.; SILVA, D. R. P. Avaliação das reações emocionais em crianças com idade entre 2 a 8 anos, frente a uma sala de espera infantil. **FOA**, v. 4, n. 2, p. 47-53, 2002.
 16. SEGER, L.; BANACO, R. A.; GARCIA, I. Técnicas de controle de comportamento. In: SEGER, L. et al. **Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora**. 4. ed. São Paulo: Santos, 2002. cap.5, p. 59-78.
 17. SONNEMBERG, E.; VENHAM, L. Human figure drawings as a measure of the child's response to dental visits. **J. Dent. Child.**, v. 44, p. 438-442, 1977.
 18. TAYLOR, M. H.; MOYER, I. N.; PETERSON, D. S. Effect of appointment time, age, and gender on children's behavior in a dental setting. **J. Dent. Child.**, v. 50, n. 2, p. 106-110, 1983.
 19. VENHAM, L. L.; GAULIN-KREMER, E. A. Self-report measure of situational anxiety for young children. **Pediatr. Dent.**, v. 1, n. 2, p. 91-96, 1979.
 20. WRIGHT GZ. Alterações congênitas e adquiridas dos dentes e das estruturas bucais associadas. In: MCDONALD RE, AVERY DR. **Odontopediatria**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.24-36.