

A consulta no *setting* odontopediátrico: A percepção subjectiva do medo (*)

FÁTIMA REIS (**)

MARIA DO ROSÁRIO DIAS (***)

ISABEL LEAL (****)

INTRODUÇÃO

A cárie dentária constitui-se, actualmente, como um problema de saúde pública, não por despoletar uma taxa de mortalidade elevada, mas sim por apresentar uma taxa de morbilidade superior a 30% (Ferreira & Guedes-Pinto, 2003). Os tratamentos dentários nomeiam uma realidade que associa a dor, o medo e a ansiedade vivenciados, adquirindo por isso uma importância basilar no âmbito da Psicologia Pediátrica.

Em Portugal, a Direcção-Geral da Saúde planeou e coordenou, durante o ano de 1999 o Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária nos grupos escolarizados de 6, 12 e 15 anos de idade. A percentagem de crianças isentas de cárie, era, em 1999, no grupo etário dos 6 anos, de 33%, contra os 10% identificados em de 1986. Apesar desta evidente melhoria,

não tinha sido atingida, ainda, a meta de 50% preconizada pela OMS, para o ano 2000, mantendo-se a cárie como o principal problema de saúde oral em Portugal para o grupo etário dos 6 anos de idade. No que diz respeito ao grupo dos 12 anos de idade, a percentagem de jovens livres de cárie era de 27% e aos 15 anos de idade, 18,9% da amostra estudada estava livre de cárie(s) em ambas as dentições, colocando Portugal em 1999 como um país de moderada prevalência da Cárie Dentária segundo a definição da OMS.

Actualmente, de acordo com os indicadores e as metas traçadas pelo Plano Nacional de Promoção da Saúde Oral, incluído no Plano Nacional de Saúde de 2004-2010, estima-se que a percentagem de crianças com seis anos de idade isentas de cárie dentária atinja em 2010 a percentagem de 65%. No ano lectivo de 2005/2006, em Portugal Continental, do total de crianças com 6 anos de idade (1) e escolarizadas apenas 51% não apresentavam cáries, o que reflecte uma melhoria significativa relativamente aos anos anteriores. Relativamente ao grupo dos 12 anos (1)¹ no ano lectivo de 2005/2006, do total do número de alunos observados que neces-

(*) Este artigo é parte de um projecto de investigação, realizado no âmbito de um Doutoramento em Psicologia Aplicada, e que tem como título “Promoção da Saúde Infantil: Construção e avaliação de um programa de intervenção em saúde oral”.

(**) Doutoranda em Psicologia Aplicada, especialidade Psicologia da Saúde. Escola Superior da Saúde Egas Moniz. E-mail: mffarsm@gmail.com

(***) Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Lisboa. E-mail: emcimps@gmail.com

(****) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa. E-mail: ileal@ispa.pt

¹ <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/saude-escolar/criancas-com-6-anos-livres-de-caries/>; <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/saude-escolar/indice-de-cpod-aos-12-anos/>; <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/saude-escolar/jovens-necessitados-de-tratamento-com-dentes-tratados-aos-12-anos/>

sitavam de tratamento dentário, apenas 44% apresentavam os dentes tratados. Apesar desta percentagem não ser a ideal, ocorreu um aumento substancial de 144% relativamente ao valor registado em 2002/2003.

Constitui-se como uma opinião generalizada que para o odontopediatra o conhecimento em Psicologia Pediátrica significa qualidade no seu desempenho (Ferreira & Guedes-Pinto, 2003), ou seja, entende-se que as inter-relações da Psicologia da Saúde com a Odontopediatria correspondem a uma nova visão do tratamento odontológico efectivo na produção e promoção dos cuidados de saúde oral (Bonecker, 2001; Imparato, Rocha & Raggio, 2003; Moraes, Sanchez, Possobon & Júnior, 2004). A interface com a Psicologia Pediátrica permite, assim, que o odontopediatra compreenda as necessidades afectivo-emocionais da criança, assim como os processos de mudança de comportamento que lhe são inerentes (Pinkham, 1991; Asnkenazi, Faibish & Sarnat, 2002).

De facto, a primeira infância parece ser o estágio de desenvolvimento em que se desencadeia uma alta percentagem de problemas de medo e ansiedade dentária (Berge, Veerkamp, Hoogstraten & Prins, 2001), que pode atingir uma prevalência de 72,9% dos casos avaliados (Locker, Liddell, Dempster & Shapiro, 1999). De acordo com a literatura científica, em 60% dos casos a primeira experiência dentária negativa ocorre na infância ou na adolescência, e quem vivencia este tipo de experiências tem 22,4% vezes mais probabilidade de vir a ampliar a ansiedade dentária que aqueles que não a vivenciaram nestes estádios (Locker, Shapiro & Liddell, 1996). Numa revisão da literatura, Zelaya e Parra (2005), constata que, quando os estudos se centram na relação entre o medo/ansiedade e o tipo de experiência/procedimento dentário em populações infantis, os resultados denunciam que as crianças relatam mais medo ou ansiedade face a experiências dentárias que são qualificadas como mais invasivas e dolorosas (Alvesalo *et al.*, 1993; Milgrom *et al.*, 2003; Rantavuori *et al.*, 2004; Ten Berge *et al.*, 1998; Zelaya & Parra, 2005), ou quando vivenciam uma primeira visita ao dentista considerada clinicamente problemática (Rantavuori, Zerman, Ferro & Lahti, 2002).

Investigações recentes, como a realizada por Ten Berge, Veerkamp e Hoogstraten (2002) evidenciam uma maior complexidade na relação entre o medo dentário e o tratamento curativo: as crianças com «pouco medo» experienciaram, antecipadamente, na sua trajectória de vida, mais visitas de

check-up (não invasivas) antes da sua primeira visita curativa (invasiva) do que as crianças que manifestaram «muito medo» face ao tratamento dentário. Os autores sugerem que a percepção subjectiva da criança sobre o *setting* terapêutico pode ser mais determinante na aquisição do medo dentário do que outros factores como o tipo de procedimento dentário a que foi submetida, ou o tipo de patologia dentária (Townend, Dimigen & Fung, 2000).

Zelaya e Parra (2005) numa revisão da literatura efectuada, verificaram que a percentagem de crianças com altos níveis de medo/ansiedade dentária varia amplamente dependendo das características metodológicas dos estudos. Contudo, na generalidade, a percepção subjectiva do medo parece contribuir fortemente para os mecanismos de evitamento associados à procura de cuidados médico-dentários (Morse, 2002; Hittelman & Bahn, 2006), ou impede que se detectem precoce e atempadamente processos patológicos de gravidade diversa. Por outro lado, comprovou-se que as crianças com maior nível de medo/ansiedade dentária apresentam um maior número de dentes cariados e uma maior quantidade de cáries não submetidas a tratamento (Kinirons & Stewart, 1998) quando comparadas com crianças com níveis mais baixos de medo/ansiedade (Rantavuori *et al.*, 2004; Townend, Dimigen & Fung, 2000).

O comportamento focalizado no grau de cooperação que a criança exhibe durante o tratamento dentário parece ser condicionado por diversos factores, tais como, o seu nível de desenvolvimento mental, a sua personalidade, as experiências anteriores vivenciadas, as atitudes e crenças dos pais, e, evidentemente, também, pela conduta profissional manifestada pelo odontopediatra (Kent, 1984; Bonecker, 2001). Pensar mudar o comportamento da criança no decurso do tratamento dentário requer a compreensão da razão pela qual as crianças apresentam comportamentos de não adesão durante a consulta e, também, compreender como ajudá-las a adquirir novos comportamentos colaborantes (Allen, 2006). Esta postura empírica é fundamental, uma vez que a investigação nos sugere que, se o comportamento disruptivo devido ao medo/ansiedade dentária não for considerado, verifica-se, de facto, um aumento desta vivência com os tratamentos dentários posteriores (Allen, Stokes, 1987; Stokes, Kennedy, 1980).

Porém, as estratégias de intervenção dos profissionais de saúde, para ajudar a controlar a ansiedade e a dor despoletada por tratamentos dentários invasivos,

não pode ser uma «mera adaptação» das técnicas utilizadas com pacientes adultos (Barros, 1999). As estratégias específicas mais eficazes para uma melhor cooperação passam por uma comunicação com a criança, mediada por instrumentos lúdicos alusivos ao *setting* de consulta (Barros, 1999; Rodrigues *et al.*, 2003). Interessa não só informar sobre o risco de prevenir doenças e promover a saúde (Maibach & Parrot, 1996; Dias, Duque, Silva & Durá, 2004), mas também saber até que ponto os conteúdos informativos podem ser percebidos e interiorizados pela criança, fomentando uma atitude de «Auto-Prevenção» (Dias, 2005: 327). Nesta linha de entendimento, a construção de instrumentos lúdico-pedagógicos em contexto de consulta visa a reconfiguração dos *settings* terapêuticos e a reestruturação de ferramentas clínicas (Dias, Cardoso, & Soares, 2006) normalmente utilizadas em Odontopediatria. Uma forma de abordagem que integre a actividade lúdica, funciona como meio privilegiado para entrar em contacto com as crianças (Fagulha, 1992; Dias, Cardoso, & Soares, 2006), instituindo-se uma “linguagem silenciosa”, através da qual se transmitem significados do mundo interno das crianças, impossíveis de comunicar, manifestamente, através da linguagem falada (Decobert & Saco, 2000), incentivando, assim, uma proximidade afectiva. Um programa de intervenção lúdico-relacional, assente em boas práticas clínicas, permite à criança, quando confrontada com o «aparato instrumental» de prestação de cuidados de saúde oral (*setting* de consulta), aprender que é capaz de enfrentar situações terapêuticas desconhecidas, diluir os mecanismos de defesa e as suas ansiedades (Redman, 2002), ganhando familiaridade com a figura do médico dentista e os instrumentos terapêuticos, cheiros e sabores estranhos, aumentar a sua auto-eficácia e ser elogiada por comportamentos de cooperação, o que será benéfico para o incremento de estratégias de adesão terapêutica.

Os trabalhos de investigação realizados evidenciam, na sua maioria, que as crianças submetidas a distrações lúdicas contextualizadas no *setting* odontopediátrico, apresentam o dobro de comportamentos de cooperação perante o plano terapêutico e um menor grau de comportamentos disruptivos no decorrer da mesma (Rodrigues *et al.*, 2003).

Na verdade, as intervenções preventivas ao nível dos comportamentos disruptivos podem assumir desde a forma de uma (re)configuração lúdica do rosto do dentista (Dias, Amorim, Freches & Guilherme,

2006), a uma teatralização (Dias, Amorim, Esteves, Reis & Duque, 2006; Júnior, Alves, Nunes & Costa, 2005), de um filme ou uma modelagem ao vivo (William, Hurst & Stokes, 1983; Allen & Stokes, 1989) a uma modelagem participativa (Do, 2004). Alguns autores, como Ferreira e Guedes-Pinto (2003) consideram inegável que a motivação directa, através de material pictórico como fotografias, *posters* e livros, se deve constituir com um «recurso major» na educação para a saúde oral. Também Sullivan *et al.* (2000) enfatizam que as imagens geradas por alguns programas informáticos, além da facilidade de uso, são uma ferramenta excelente de marketing ao serviço da educação para a saúde oral. Outros autores, por sua vez, evidenciaram a potencialidade de uma campanha televisiva na adopção de comportamentos saudáveis em termos da prestação de cuidados de saúde oral. Esta campanha integrada na programação infantil, contou com a participação de um elemento de uma banda musical e de um concurso, denominado, “smile of the year”. O efeito positivo deste tipo de intervenção é maximizado quando, paralelamente à execução da campanha, existe uma conversa interactiva com o médico-dentista (Friel, Hope, Kelleher, Comer & Sadlier, 2003).

Os avanços na tecnologia da Medicina Dentária moderna adstritos ao desenvolvimento de novos materiais e técnicas têm, prosperamente, facultado ao médico dentista a possibilidade de execução de tratamentos dentários em crianças com comportamentos de moderada ou ausente cooperação. Contudo, os comportamentos disruptivos, de não-cooperação pediátrica, continuam ainda a ser referidas em cerca de 20-25% dos casos no exercício clínico em Medicina Dentária (Raadal *et al.*, 1995; Brill, 2000; Sheller, 2004), favorecendo que o medo associado à figura do Médico-Dentista seja ainda considerado, pela comunidade científica, como um importante problema de saúde pública (Do, 2004).

No que diz respeito à prestação de cuidados de Saúde Oral, o medo continua a ser a experiência predictiva de todos os comportamentos (Moore & Brosgaard, 2001) observados, tendo um nefasto impacto não só na criança como na trajectória de vida do paciente (Cohen, Fiske, & Newton, 2001; Klaassen, Veerkamp, & Hoogstraten, 2007).

Na verdade, muitas variáveis têm sido investigadas no entendimento do comportamento não-cooperante ou ansioso das crianças perante o tratamento dentário. Algumas variáveis estudadas, não têm

mostrado relevância determinante, tais como, o sexo da criança (Zelaya & Parra, 2005) e o facto do dentista/assistente ser uma pessoa estranha (Milgrom *et al.*, 1995). A separação das mães durante o tratamento apenas parece ter alguma influência no caso de crianças mais novas (Navarro, Martínez, Guedes Pinto, & Correia, 2002). Consultas com a participação dos pais também têm sido alvo de investigação. Allen, Hutfless e Larzalere (2003) defendem que o único factor predictivo do comportamento não-cooperante das crianças se pode configurar na idade da criança. As crianças mais novas parecem ser menos cooperantes do que as mais velhas independentemente do tipo de procedimento clínico adoptado e da consulta se realizar ou não na presença dos pais.

Assim, nesta linha de entendimento, o cerne da investigação do condicionamento de experiências passou de uma «linhagem objectiva» a subjectiva. O que parece ser aceite é que no contexto da Odontopediatria, a história de experiências dentárias de teor neutro ou positivo pode constituir-se como uma «barreira neutralizante» ao desenvolvimento de associações e experiências traumáticas, e consequentemente, contra a aquisição de medos acentuados ou de fobias.

Assim, pretendemos com o presente artigo apresentar os resultados preliminares de um estudo empírico centrado na percepção subjectiva do medo vivenciado por crianças em *setting* odontopediátrico quando cruzado com o comportamento manifesto da criança no decurso de uma consulta de saúde oral. Pretendemos, ainda, perceber até que ponto o número de consultas já efectuadas pela criança na sua trajectória de vida se constituem como determinante antecipatório do ajustamento afectivo-emocional da criança em *setting* de consulta.

MÉTODO

Participantes/Amostra

A amostra que dá corpo à presente investigação (n=166) é retirada do universo de crianças (5-12 anos) de ambos os sexos, que recorrem à Consulta de Odontopediatria da Clínica Dentária do Instituto Superior Ciências da Saúde Egas Moniz. Trata-se de uma amostra de carácter sequencial, ou seja, todos os indivíduos elegíveis para participar no

estudo foram incluídos de acordo com a ordem de inscrição na consulta (JAMA, 1996).

Critérios de inclusão: a) recorrer à Consulta de Odontopediatria da Clínica Dentária do Instituto Superior Ciências da Saúde Egas Moniz; b) idade compreendida entre os 5 e os 12 anos; c) não possuir deficiência mental; d) não ser invisual; e) não estar incapacitado para desenhar.

Foram recolhidos 203 protocolos, mas só 166 foram considerados válidos. Esta diferença deve-se ao facto de muitos pais não poderem aguardar o tempo necessário pós-consulta, para a aplicação do teste projectivo que implica, em média 45 minutos. Assim, 166 crianças, com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos (M = 9,07 anos, DP = 2.09 anos), participaram nesta investigação. Procedeu-se para efeitos de tratamento estatístico e tendo subjacente um critério de desenvolvimento etário, ao agrupamento das crianças em duas faixas etárias: 5-8 anos (41.6%) e 9-12 anos (58.4%). A amostra é constituída por 100 crianças do sexo masculino (60.2%) e 66 crianças do sexo feminino (39.8%). A grande maioria das crianças frequentava o 1.º ciclo (59.6%), seguido do 2.º ciclo (38%), e apenas 4 (2.4%) a pré-primária. Quanto ao número de consultas anteriores realizadas pelas crianças até à data do dia da recolha dos protocolos, 31 crianças (18.7%) nunca tinha ido ao dentista, 81.1% já tinha ido a uma consulta, sendo que 36.7% tinha tido 1 a 3 consultas e 44.8% já tinha ido ao dentista mais de 4 vezes.

Procedimento

No dia da consulta de Odontopediatria, a criança e o seu acompanhante foram abordados pelo investigador na sala de espera. Foi-lhes explicado os objectivos do estudo e elicitada a sua participação. Solicitou-se o consentimento informado tanto à criança como ao seu acompanhante. Este documento foi previamente aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Superior Ciências da Saúde Egas Moniz.

Todas as avaliações foram efectuadas no dia da consulta da criança. Num primeiro momento, procedeu-se ao preenchimento da Folha de Dados Pessoais e Clínicos. Quando a criança era chamada para a consulta pelo médico dentista, era entregue ao médico para preenchimento a *Escala de Avaliação do Comportamento da Criança durante o Tratamento Dentário* (Frankl *et al.*, 1962), adaptado

por L. Barros para Portugal em 2005. Finalizada a consulta, o mesmo investigador solicitava à criança que o acompanhasse para se proceder à aplicação do teste projectivo CDFP, cuja aplicação decorre entre 45 a 60 minutos.

Instrumentos

Ficha de Dados Pessoais e Clínicos

Elaborou-se para a presente investigação uma Ficha de Dados Pessoais e Clínicos, que permite obter várias informações, sendo que para o presente artigo, apenas são incluídos os dados relativos à idade da criança, escolaridade e número de consultas antecipadamente efectuadas pela criança a um dentista.

Escala de Avaliação do Comportamento da Criança durante o Tratamento Dentário

Elegendo o médico dentista como observador participante, pretendemos avaliar o comportamento manifesto da criança no contexto de consulta. Nesta linha de registo, o médico dentista aplicou a *Escala de avaliação do comportamento da criança durante o tratamento dentário*, de Frankl *et al.* (1962), adaptado por L. Barros em 2005. É uma escala com boa validade e amplamente utilizada (Baier *et al.*, 2004). Esta escala permite diferentes formas de utilização. No presente estudo solicitava-se ao médico dentista um julgamento global do comportamento da criança, obtendo-se, assim, uma avaliação holística do seu comportamento em *setting* de consulta (Klorman, Michael, Hilpert, & Sveen, 1979). A *Escala de Frankl* é composta por 4 categorias comportamentais: (1) definitivamente positivo; (2) positivo; (3) negativo; e (4) definitivamente negativo.

Children's Dental Fear Picture Test (CDFP)

O *Children's Dental Fear Picture Test* (CDFP, Klingberg & Hwang, 1994) avalia o medo vivenciado pela criança no *setting* terapêutico odontopediátrico. As instruções são simples e de compreensão fácil para a população estudada. Este teste é composto por três subtestes: *Dental Settings Pictures* (CDFP-DS); *Pointing Pictures* (CDFP-PP); e *Sentence Completion task* (CDFP-SC). O *Dental Setting Pictures* contém um conjunto de 10 desenhos (tamanho A4)

de animais em diferentes situações relacionadas com a saúde oral. Os desenhos são apresentados à criança seguindo a ordem numérica e ela é encorajada a contar uma história sobre cada um: "Conta-me, o que está a acontecer no desenho...". É importante que a criança percepcione a sessão como uma actividade lúdica, e não como um teste. Cada história deve conter a seguinte informação para ser considerada completa: a) O que está a acontecer e porquê?; b) Quem está no desenho?; c) Como é percebida a situação pelo animal mais pequeno?. Esta informação é obtida de forma espontânea ou com questionamento adicional. O segundo subteste, *Pointing Pictures* (CDFP-PP) contempla duas versões, uma para meninas e outra para meninos. Cada versão contém um conjunto de cinco cartões (também em tamanho A4), mostrando uma criança em diferentes situações relacionadas com a consulta no dentista: a) Imediatamente antes de ir ao dentista; b) o dentista a examinar a boca da criança; c) o dentista a dar uma injeção/anestesia; d) o dentista a utilizar a broca, e, na última situação, e) a criança já está em casa a dormir e a sonhar com a consulta no dentista. Cada cartão tem duas imagens de crianças que expressam uma de duas reacções diferentes: uma criança está contente, sem medo; a outra está triste, com medo. Na parte inferior de cada cartão encontram-se quatro círculos, de diferentes tamanhos, que representam quatro respostas distintas. Os cartões com imagens são mostrados, um a um, à criança, juntamente com informação sobre a situação representada no desenho. A criança é então encorajada a dizer o que sentiria se estivesse no lugar da criança no desenho. A resposta deve ser dada em dois registos: verbalmente e apontando para o círculo que capta a resposta verbal dada. A escala de resposta varia entre 1 (*está muito contente e sem medo nenhum*) e 4 (*está com muito medo*). O terceiro e último subteste, *Tarefa de Completamento de Frases* (*Sentence Completion task*, CDFP-SC) é constituído por quinze frases incompletas, que são lidas consecutivamente à criança. Solicita-se que complete as frases dizendo a primeira palavra ou palavras que lhe ocorrerem. Cada subteste é cotado separadamente em uma de três categorias: 1) com medo; 2) sem medo; 3) ambíguo. Também é avaliado o comportamento e conduta da criança durante o teste, o qual é categorizado em uma de sete categorias. A avaliação global do CDFP permite incluir a criança numa de três categorias: i) com medo; ii) sem medo; iii) ambíguo.

Tratamento estatístico

Para o tratamento estatístico e análise dos dados utilizou-se a versão 15.0 do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Numa primeira fase, para a caracterização da amostra recorremos à estatística descritiva (frequências, médias, desvios-padrão). Para outras análises, recorremos ao cruzamento de variáveis.

RESULTADOS

Relativamente ao *medo dentário* (CDFP Total), das 166 crianças avaliadas, 86 foram classificadas na categoria *sem medo*, o que corresponde a uma percentagem de 51.8%. A categoria *com medo* incluiu 61 crianças (36.7%), e 11.4% das crianças foram inseridas na categoria *ambíguo* face ao medo dentário (Quadro 1).

A avaliação, realizada pelo médico dentista, do comportamento da criança durante a consulta pela *Escala de Frankl* (Quadro 2), revelou que 93.4% das crianças manifestaram um comportamento *positivo* (*definitivamente positivo* ou *positivo*), enquanto que apenas 11 das 166 crianças (6.6%) foram avaliadas como tendo revelado um comportamento *negativo* durante a consulta (*negativo* ou *definitivamente negativo*).

Comportamento das crianças durante a consulta em função da Idade

Verificou-se que 60% das crianças com comportamento *positivo* durante a consulta têm entre 9 e 12 anos, enquanto que são as crianças mais novas, 5 a 8 anos, as que mais manifestam um comportamento *negativo* durante a consulta. Estes resultados podem ser observados no Quadro 3.

Medo dentário e o número de consultas no dentista

Quanto à relação entre o *número de consultas dentárias anteriores* e o *medo dentário* (evidenciado pelo CDFP), verifica-se que das crianças incluídas na categoria *com medo*, 44.3% tinham entre *1 a 3 consultas*, 28,4% *mais de 4 consultas*, e 42% não tinha tido nenhuma consulta no dentista (Quadro 4).

Embora a percentagem de crianças que manifesta um comportamento *negativo* durante a consulta seja apenas de 6.6% (ver Quadro 2), são as crianças *com medo* dentário quem mais vezes revela este comportamento *negativo* (45.5%), quando comparadas com as crianças *sem medo*. Também o grupo das crianças *sem medo* revela maior percentagem de comportamento *positivo* do que o grupo das crianças *com medo* (Quadro 5).

QUADRO 1

Estatística descritiva (%) do Medo Dentário da Criança – CDFP Total

Avaliação do Medo Dentário da Criança	N (%)
Com medo	61 (36.7%)
Sem medo	86 (51.8%)
Ambíguo	19 (11.4%)
Total	166 (100%)

QUADRO 2

Estatística descritiva (%) para o Comportamento da Criança durante a Consulta no Dentista

Comportamento da Criança durante a Consulta	N (%)
Positivo	155 (93.4%)
Negativo	11 (6.6%)
Total	166 (100%)

QUADRO 3

Estatística descritiva (%) para o Comportamento da Criança durante a Consulta em função da Idade

Idade (anos)	Comportamento da Criança durante a Consulta		Total
	Positivo N (%)	Negativo N (%)	
5 a 8	62 (40%)	6 (54.5%)	68
9 a 12	93 (60%)	5 (45.5%)	98
Total	155 (100%)	11 (100%)	166

QUADRO 4

Estatística descritiva (%) do Medo Dentário em função do Número de Consultas Dentárias Anteriores

Avaliação do Medo Dentário da Criança	Número de Consultas Dentárias Anteriores			Total
	Nenhuma N (%)	1 a 3 N (%)	Mais de 4 N (%)	
Com medo	13 (42%)	27 (44.3%)	21 (28.4%)	61
Sem medo	15 (48.4%)	29 (47.5%)	42 (56.8%)	86
Ambíguo	3 (9.6%)	5 (8.2%)	11 (14.8%)	19
Total	31 (100%)	61 (100%)	74 (100%)	166

QUADRO 5

Estatística descritiva (%) do Comportamento da Criança durante a Consulta em função do Medo Dentário

Avaliação do Medo Dentário da Criança	Comportamento da Criança durante a Consulta		Total
	Positivo N (%)	Negativo N (%)	
Com medo	56 (36.1%)	5 (45.5%)	61
Sem medo	82 (52.9%)	4 (36.4%)	86
Ambíguo	17 (11%)	2 (18.1%)	19
Total	155 (100%)	61 (100%)	166

DISCUSSÃO

Constituindo a saúde oral uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, consideramos pertinente estudar um dos principais factores citados na literatura científica como determinante ou interditor da acessibilidade tardia aos cuidados de saúde oral – o medo (Morse, 2002; Morais, 2003; Hittelman & Bahn, 2006). Contudo, os medos do dentista são comuns e «naturistas» entre as crianças. O medo do dentista é comum entre as crianças. Um estudo recente, que incluiu oito países europeus, evidenciou que 35% das crianças observadas com 5 anos e 21% das crianças com 12 anos eram consi-

deradas *com medo*, mesmo antes de experienciarem uma visita ao dentista (Fox & Newton, 2006).

Apesar da melhoria progressivamente registada em Portugal, em termos da saúde oral, e na evolução positiva em termos dos materiais, das técnicas, e da formação do médico dentista, o sofrimento e o comportamento desajustado continuam a ser prevalentes entre a população infantil (Raadal *et al.*, 1995; Brill, 2000; Do, 2004; Sheller, 2004). A percentagem de crianças com altos níveis de medo dentário varia amplamente, dependendo das características da população infantil estudada (v.g. idade, pertença a uma população geral ou clínica, primeira visita ao dentista), dos procedimentos de avaliação

do medo dentário utilizados e dos critérios de definição de medo dentário *elevado* ou *patológico* (Zelaya & Parra, 2005).

O presente estudo revelou uma percentagem de crianças *com medo* (36.7%) superior ao encontrado por Castro num estudo realizado em 2003 (25% das crianças) apesar de ter utilizado o mesmo instrumento de avaliação (CDFP). Esta ocorrência pode relacionar-se com o facto de diversas crianças observadas na clínica onde a recolha da amostra foi efectuada serem re-enviadas de outros locais de prestação de cuidados, por dificuldades encontradas no *setting* clínico e terapêutico. Contudo, a proporção entre as três categorias – *com medo*, *sem medo*, e *ambíguo* – é análoga à identificada por Castro (2003), assinando 60% das crianças *sem medo* e 15% pertencentes à categoria *ambíguo*.

Quanto ao comportamento manifesto durante a consulta, constata-se que a percentagem de crianças com um comportamento *positivo* durante a consulta (93.4%), é bastante superior à percentagem de crianças incluídas na categoria *sem medo* na prova projectiva (51.8%). Este facto poderá significar que nem todas as crianças com medo dentário o expressam de forma observável e explícita durante a consulta, ou seja, nem todas as crianças com medo se comportam de forma negativa/disruptiva no *setting* terapêutico. Este resultado que aponta para uma relação enviesada encontrada entre medo dentário e comportamento durante a consulta, enquadra-se no que algumas investigações recentes têm relevado em odontopediatria: embora o medo e o comportamento de gestão de problemas comportamentais «partilhem muito entre si», necessitam de ser delimitados e estudados como objectos de estudo diferenciados. Esta aparente incoerência pode assentar no facto de determinados traços de personalidade poderem mediar o medo dentário e o comportamento manifesto durante a consulta (Arnrup *et al.*, 2007), pois a manifestação de comportamentos disruptivos corresponde geralmente à expressão aberta de emoções.

Na verdade, uma ausência de sinais de não cooperação ou manifestações externas de ansiedade, avaliadas por escalas comportamentais, não significa necessariamente que a criança não esteja a experienciar ansiedade. Isto é, as crianças podem sentir-se ansiosas e não mostrar nenhum sinal externo de *distress* (Winer, 1982). Estes resultados são concordantes com os de outros estudos. Nem todas as crianças com medo manifestam problemas comportamentais e, por outro lado, nem todas as crianças com problemas

na gestão do comportamento durante a consulta têm necessariamente medo dentário (Klingberg *et al.*, 1995a).

A variável idade, apesar de existirem dados contrários (Winer, 1982), também parece constituir uma variável importante (Allen, Hutfless & Larzalere, 2003) quando se analisa o comportamento durante a consulta. De facto, no presente estudo, quando o comportamento durante a consulta foi avaliado como *negativo*, e tendo presente que isso apenas se registou em 6.6% dos casos, as crianças mais velhas (9-12 anos) revelaram menos vezes comportamento negativo, quando comparadas com as crianças mais novas (5-8 anos). O desenvolvimento das crianças mais velhas propicia, eventualmente, estratégias de auto-controlo mais eficazes, que permitem camuflar o medo dentário e, consequentemente, adoptar um menor número de manifestações externas de medo (Winer, 1982) e uma postura mais ajustada no decurso da consulta. Com o advento da adolescência, a tendência é ter vergonha de demonstrar externamente o medo, o que pode explicar a diminuição do comportamento negativo durante a consulta (Gatto, Silva, & Groisman, 2004) nesta franja etária. De qualquer forma, pensamos ser necessário recorrer a uma maior dimensão da amostra para que esta análise seja considerada sustentável.

Um resultado que nos apraz registar é que a generalidade das crianças (81.1%) já tinha vivenciado uma ida ao dentista e quase metade da amostra já tinha experienciado uma consulta mais de 4 vezes. Contudo, embora não possa ser considerado um valor significativo, 18.7% das crianças nunca tinham ido a um dentista. Será pertinente estudar as razões subjacentes a esta realidade, uma vez que actualmente se preconiza que os cuidados em termos de saúde oral se iniciem na gravidez – aliás como está contemplado no Programa Nacional de Promoção Nacional de Saúde Oral da Direcção-Geral da Saúde.

O número de consultas no dentista parece ser um factor a contemplar nos estudos que abordam o tema do medo dentário. Enquanto que as crianças que assumem um perfil de *sem medo* dentário se distribuem de modo mais ou menos uniforme, independentemente do número de consultas, nas crianças classificadas *com medo*, verifica-se que existem mais crianças que já foram entre 1 a 3 consultas no dentista. O maior número de crianças incluídas na categoria *ambíguo* já foram *mais de 4 vezes* ao dentista. Esta ambivalência pode significar que se encontram numa fase de transição face aos senti-

mentos despoletados pela consulta, o que merece alguma atenção por parte do médico dentista, para que num futuro próximo não se transformem em jovens *com medo*.

Releva-se como importante, aceder ao significado que a consulta no dentista tem para a criança ao longo do seu desenvolvimento, visando o planeamento de estratégias de adesão mais eficazes (Barros, 2007), pois sabemos que é possível modular cognitivamente a emoção que antecede um mau acontecimento «gerador» de medo (Erk, Abler & Walter, 2006; Barros, 2007). Na realidade, existe evidência empírica de que mostrar imagens positivas num contexto dentário permite reduzir a ansiedade das crianças (Fox & Newton, 2006). Embora em Odontopediatria o medo e a gestão de problemas comportamentais partilhem muito em comum, a evidência empírica sugere, tal como neste estudo, que necessitam de ser analisados como problemáticas distintas (Klingberg, Sillén, & Norén, 1999). Se o medo dentário não tem com frequência uma repercussão directa no comportamento da criança durante a consulta, será importante estudar em que medida se constitui como um determinante na aquisição de comportamentos promotores de saúde oral até mesmo na vida adulta.

A incorporação da Psicologia da Saúde na formação dos profissionais de saúde em geral tem revelado benefícios múltiplos em termos da melhoria da qualidade das intervenções (Teixeira, 2007). Em relação aos futuros médicos dentistas em particular, é especificamente vantajoso no que toca a capacitar estes profissionais para identificar e responderem de forma adequada às reacções psicológicas do paciente, na medida em que, a intervenção do médico dentista se suporta, também, numa realidade psicológica e relacional (Hottel & Hardigan, 2005).

No que diz respeito às limitações metodológicas do presente estudo, o tempo de aplicação do teste projectivo (tempo médio – 45 minutos) constitui-se como um limite algo reducionista, uma vez que se perdem muitos sujeitos na sua trajectória pelo *setting* terapêutico. Paralelamente, a utilização de uma medida projectiva no contexto da avaliação do medo dentário, constitui-se como uma mais valia, dado que, embora no presente artigo apenas tenha sido apresentado o perfil final da criança, irá permitir em estudos futuros uma análise mais detalhada das características da «natureza» do medo dentário. Dada a natureza multifactorial do medo dentário (Arnrup *et al.*, 2004), é comumente aceite que

as técnicas projectivas permitem aceder a informação dificilmente alcançável por outras medidas de avaliação do medo. Esta informação analítica, será útil para o delineamento de estratégias de intervenção mais eficazes (Erk, Abler & Walter, 2006) que visem prevenir o desenvolvimento do medo e/ou modular antecipadamente a emoção associada à consulta do médico dentista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, K. D., Hutfless, S., & Larzelere, R. (2003). Evaluation of twopredictors of child disruptive behaviour during restorative dental treatment. *Journal of Dentistry for Children*, 70 (3), 1-5.
- Allen, K. D. (2006). Management of Children's Disruptive Behavior During dental Treatment. In D. I. Mostofsky, A. G. Fogione, & D. B. Giddon (Eds.), *Behavioral Dentistry* (pp. 175-187). Iowa: Blackwell Munksgaard.
- Allen, K. D., & Stokes, T. F. (1987). The use of escape and reward in the management of young children during dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20 (4), 381-390.
- Alvesalo, I., Murtomaa, H., Milgrom, P., Honkanen, A., Karjalainen, M., & Tay, K. M. (1993). The Dental Fear Survey Schedule: a study with Finnish Children. *International Journal of Pediatric Dentistry*, 3, 193-198.
- Arnrup, K., Broberg, A. G., Berggren, U., & Bodin, L. (2007). Temperamental reactivity and negative emotionality to specialized paediatric dentistry compared to children in ordinary dental care. *Journal compilation*. DOI: 10.1111/j.1365-263X.2007.00868.x
- Asnkenazi, M., Faibish, D., & Sarnat, H. (2002). Dental fear and knowledge of children treated by certified pediatric dentists and general practioners. *Journal of Dentistry for Children*, Set-Dec, 297-303.
- Baier, K., Milgrom, P., Russell, S., Mancl, L., & Yoshida, T. (2004). Children's fear and behaviour in private practices. *Pediatric Dentistry*, 26, 316-321.
- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Barros, L. (2007). Psicologia pediátrica e promoção da saúde. In J. A. C. Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde, Contextos e áreas de intervenção* (pp. 161-186). Lisboa: Climepsi.
- Berge, T. M., Veerkamp, J. S. J., & Hoogstraten, J. (2001). Dentists's behavior in response to child dental fear. *Journal of Dentistry for Children*, Jan-Fev, 36-40.
- Berge, T. M., Veerkamp, J. S. J., & Hoogstraten, J. (2002). The etiology of childhood dental fear: the role of dental and conditioning experiences. *Anxiety Disorders*, 16, 321-329.

- Berge, T. M., Veerkamp, J. S. J., Hoogstraten, J., & Prins, P. (1998). The dental subscale of Children's Fear Survey Schedule: a factor analytic study in the Netherlands. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 26, 340-343;
- Bonecker, M. J. S. (2001). *Caderno de Odontopediatria, abordagem clínica*. São Paulo: Livraria Santos Editora.
- Brill, W. A. (2000). Child behavior in a private pediatric dental practice associated with types of visits, age, and socio-economic factors. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 25 (1), 1-7.
- Castro, A. M. (2003). *Medo da Criança à assistência odontológica. Avaliação e correlação dos factores influenciadores*. Dissertação de Doutorado, apresentada à Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Odontologia de Araçatuba.
- Catherine Do, B. S. (2004). Applying the Social Learning Theory to Children with Dental Anxiety. *The Journal of Contemporary Dental Practice*, 5 (1), 1-8.
- Cohen, S. M., Fiske, J., & Newton, J. T. (2000). The impact of dental anxiety on daily living. *British Dental Journal*, 189 (7), 385-390.
- Decobert, S., & Sacoo, F. (2000). *O desenho no trabalho psicanalítico com a criança*. Lisboa: Climepsi.
- Dias, M. R., Amorim, A., Esteves, A., Reis, F., & Duque, A. F. (2006). Tooth fairy Myth: Child oral health education. *EACH 2006 – International Conference in Healthcare Abstracts*, P12.02.
- Dias, M. R., Duque, A., Silva, M., & Durã, E. (2004). Promoção de Saúde: O Renascimento de uma Ideologia?. *Análise Psicológica*, 22 (3), 463-473.
- Dias, M. R., Amorim, A., Freches, A., & Guilherme, J. (2006). Masked dentist in therapeutic setting. *EACH 2006 – International Conference in Healthcare Abstracts*, P31.05.
- Dias, M. R. (2005). *Serão os Mass Media Estrategas de Saúde?*. Lisboa: Climepsi.
- Dias, M. R., Cardoso, J. I., & Soares, F. A. (2006). Uma "Árvore-Caixa-Ludo" em Fisioterapia Respiratória. In I. Leal, J. L. P. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 621-627). Lisboa: ISPA.
- Direcção-Geral da Saúde (2000). *Estudo Nacional de Prevalência da Cárie Dentária na População Escolarizada*. Lisboa: DGS. <http://www.dgs.pt/>
- Erk, S., Abler, B., & Walter, H. (2006). Cognitive modulation of emotion anticipation. *European Journal of Neuroscience*, 24, 1227-1236.
- Fagulha, M. T. P. (1992). "Era uma vez..." – Uma prova projectiva para crianças. Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Ferreira, S. L. M., & Guedes-Pinto, A. C. (2003). Educação do Paciente em Odontopediatria. In A. C. Guedes-Pinto (Ed.), *Odontopediatria*. São Paulo: Brasil.
- Fox, C., & Newton, J. T. (2006). A controlled trial of the impact exposure to positive images of dentistry on anticipatory dental fear in children. *Community Dent Oral Epidemiology*, 34, 455-459.
- Gatto, P. F. L., Silva, J. B. O. R., & Groisman, S. (2004). Entender o medo para melhor atender a criança. *Odontólogo Moderno, Set/Out*, 19-23.
- Frankl, S. N., Shiere, F. R., & Fogels, H. R. (1962). Should the parent remain with the child in the dental operator?. *Journal of Dent Child*, 29, 150-163.
- Friel, S., Hope, A., Kelleher, C., Comer, S., & Sadlier, D. (2003). Impact evaluation of an oral health intervention amongst primary school children in Ireland. *Health Promotion International*, 17 (2), 119-126.
- Hittelman, E., & Bahn, S. (2006). Nonpharmacological Approaches to Managing Pain and Anxiety. In D. I. Mostofsky, A. G. Fogione, & D. B. Giddon (Eds.), *Behavioral Dentistry* (pp. 189-201). Iowa: Blackwell Munksgaard.
- Hottel, T. L., & Hardigan, P. C. (2005). Improvement in the Interpersonal Communication Skills of Dental Students. *Journal of Dental Education*, 69 (2), 281-284.
- Imparato, J. C. P., Rocha, R. O., & Ragglio, D. P. (2003). Realidades e Perspectivas na Odontopediatria Clínica. In R. J. A. Cardoso, & M. E. L. Machado (Eds.), *Odontologia, Arte e Conhecimento* (2.º vol., cap. 1, pp. 3-19). São Paulo: Artes Médicas Ltda.
- JAMA (1996). JAMA instructions for international authors. *The Journal of the American Medical Association*, 275 (1), 5-9.
- Kent, G. (1984). The Psychology of Dental Care. In G. Kent, & A. S. Blinkhorn (Eds.), *The Psychology of Dental Care* (2nd ed., pp. 44-65). New York: Wright.
- Kinirons, M. J., & Stewart, C. (1998). Factors affecting levels of untreated caries in a sample of 14-15 year old adolescents in Northern Ireland. *Community Dental and Oral Epidemiology*, 26, 7-11.
- Klaassen, M. A., Veerkamp, J. S. J., & Hoogstraten, J. (2007). Dental fear, communication, and behavioral management problems in children referred for dental problems. *Journal Compilation*. DOI: 10.1111/j.1365-263X.2007.00870.x
- Klinberg, G., Berggren, U., & Noren, J. G. (1994). Dental fear in an urban Swedish child population: prevalence and concomitant factors. *Community Dental Health*, 11, 208-214.
- Klingberg, G., Berggren, U., Carlsson, S. G., & Norén, J. G. (1995a). Child dental fear: Cause related factors and clinical effects. *European Journal of Oral Sciences*, 103, 405-412.
- Klingberg, G., Sillén, R., & Norén, J. G. (1999). Machine learning methods applied on dental fear and behavior management problems in children. *Acta Odontologica Scandinavica*, 57, 207-215.
- Klorman, R., Michael, R., Hilpert, P. L., & Sveen, O. B. (1979). A further assesment of predictors of the child behavior in dental treatment. *Journal of Dental Research*, 58, 2338-2343.
- Locker, D., Liddell, A., Dempster, L., & Shapiro, D. (1999). Age of onset of dental anxiety. *Journal of Dental Research*, 78, 790-796.

- Locker, D., Shapiro, D., & Liddell, A. (1996). Negative dental experiences and their relationship to dental anxiety. *Community Dental Health, 13*, 86-92.
- Maibach, E., & Parrot, R. L. (1996). *Designing Health Messages. Approaches from Communication Theory and Public Health Practice*. London: Sage Publications.
- Moraes, A. B. A., Sanchez, K. A. S., Possobon, R. F., & Júnior, A. L. C. (2004). Fear Assessment in Brazilian Children: The relevance of dental fear. *Psicologia: Teoria e Prática, 20* (3), 1-7.
- Morais, E. R. B. (2003). O medo do paciente ao tratamento odontológico. *Revista da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 44* (1), 39-42.
- Milgrom, P., Mancl, L., King, B., & Weinstein, P. (1995). Origins of childhood dental fear. *Behavior Research and Therapy, 33*, 313-319.
- Moore, R., & Brodsgaard, I. (2001). Dentists' perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients. *Community Dental Oral Epidemiology, 29* (1), 73-90.
- Morse, Z. (2002). Despite the remarkable advances in oral health care, pain and anxiety continue to be significant deterrents for seeking dental services. *Journal of Dental Education, 66* (6), 689.
- Pérez Navarro, N., González Martínez, C., Guedes Pinto, A. C., Nahás, P., & Correa, M. S. (2002). Factores que pueden generar miedo al tratamiento estomatológico en niños de 2 a 4 años de edad. *Revista Cubana de Estomatología, 39* (3). Retirado em 18 de Março de 2005 de http://www.bvs.sld.cu/revistas/est/vol39_3_02/est03302.htm
- Pinkham, J. R. (1991). La importancia práctica de la odontología pediátrica. In J. R. Pinkham (Eds.), *Odontología Pediátrica* (Cap. 1, pp. 1-8). Cidade do México: Interamericana, McGraw-Hill.
- Raadal, M., Milgrom, P., Weinstein, P., Mancl, L., & Cauce, A. M. (1995). The prevalence of dental anxiety in children from low-income families and its relationship to personality traits. *Journal of Dental Research, 74*, 1439-1443.
- Rantavuori, K., Lahti, S., Hausen, H., Seppa, L., & Karkkainen, S. (2004). Dental fear and oral health and family characteristics of Finish children. *Acta Odontologica Scandinavica, 62*, 207-213.
- Rantavuori, K., Zerman, N., & Ferro, R. (2002). Dental anxiety in the Veneto Region of Italy. *Acta Odontologica Scandinavica, 60*, 297-300.
- Redman, B. K. (2002). *A prática da Educação para a Saúde* (9.^a ed.). Loures: Lusociência.
- Rodrigues, J. A., Santos, P. A., Garcia, P. P. N. S., Corona, S. R., & Loffredo, L. C. M. (2003). Evaluation of motivation methods used to obtain appropriate oral hygiene levels in schoolchildren. *International Journal of Dent Hygiene, 1*, 227-232.
- Sheller, B. (2004). Challenges of managing child behaviour in the 21st century dental setting. *Pediatric Dentistry, 26* (2), 111-113.
- Stokes, T. F., & Kennedy, S. H. (1980). Reducing child uncooperative behaviour during dental treatment through modelling and reinforcement. *Journal Applied Behavior Analysis, 13* (1), 41-49.
- Sullivan, C., Schneider, P., Musselman, R. J., Dummett, C. O., & Gardiner, D. (2000). The effect of virtual reality during dental treatment on child anxiety and behaviour. *Journal of Dentistry for Children, May-June*, 193-195.
- Teixeira, J. C. (2007). Psicologia da Saúde. In J. A. C. Teixeira (Org.), *Psicologia da Saúde, Contextos e áreas de intervenção* (pp. 17-42). Lisboa: Climepsi.
- Townend, E., Dimigen, G., & Fung, D. (2000). A clinical study of child dental anxiety. *Behavior Research and Therapy, 38*, 31-46.
- Zelaya, I. C. R., & Parra, A. F. (2005). Ansiedad y miedos dentales en escolares hondureños. *Revista Latinoamericana de Psicología, 37* (3), 461-475.
- Williams, J. A., Hurst, M. K., & Stokes, T. F. (1983). Peer observation in decreasing uncooperative behaviour in young dental patients. *Behavior Modif, 7* (2), 225-242.
- Winer, G. A. (1982). A review and analysis of children's fearful behavior in dental settings. *Child Development, 53*, 1111-1133.
- <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/saude-escolar/criancas-com-6-anos-livres-de-caries/> 2008.06.20
- <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/saude-escolar/index-de-cpod-aos-12-anos/> 2008.06.20
- <http://www.acs.min-saude.pt/pns/pt/saude-escolar/jovens-necessitados-de-tratamento-com-dentes-tratados-aos-12-anos/> 2008.06.20

RESUMO

As investigações recentes sugerem que a percepção subjectiva da crianças da sua visita ao dentista pode ter um impacto mais determinante em termos do medo/angústia face à consulta odontopediátrica, do que o tipo de tratamento recebido ou a patologia dentária subjacente.

As técnicas projectivas revelam-se úteis para uma melhor compreensão do medo e angústias da criança face ao tratamento dentário, uma vez que permitem o acesso a informação dificilmente disponibilizada de outra forma de avaliação.

O estudo aqui apresentado tem como objectivos avaliar: o medo dentário da criança e o comportamento manifestado durante a consulta. Assim, 166 crianças em idade escolar (5-12 anos) foram avaliadas após a consulta no dentista. Utilizou-se o teste *Children's Dental Fear Picture* (CDFP, Klingberg & Hwang, 1994). Foram identificados três perfis de crianças, designados por “com medo”, “sem medo” ou “ambíguo”. Analisou-se também a relação com a idade e o número de consultas anteriores no dentista.

Constata-se que medo dentário e comportamento durante a consulta necessitam ser abordados como entidades diferentes. O estudo realizado aponta para a necessidade

da criação de instrumentos lúdico-pedagógicos no *setting* de consulta com a criança.

Palavras-chave: Odontopediatria, medo dentário, teste projectivo.

ABSTRACT

Recent investigations suggest that the child's subjective perception regarding the act of visiting the dentist has a more determining impact on dental care fear and anguish than the type of dental care procedure s/he may experience during the appointment or the pathology s/he may be suffering from. Projective techniques are of special interest for purposes of better understanding child dental fear,

particularly child's anguishes and fears. The present study assesses: (i) child dental fear and child's behavior during the visit to the dentist. One hundred and sixty six school children (aged between 5-12 y.o.) were tested after visiting the dentist. Dental fear was assessed using the Children's Dental Fear Picture test (CDFP), each child falling under one of three categories: "fearful", "not fearful" or "uncertain". Furthermore, an analysis was conducted on relation to age and the number of previous visits to the dentist.

Dental fear and behaviour during the visit to the dentist should be considered as different entities. This study points toward the need of developing ludic-pedagogical instruments for use in medical settings involving children.

Key words: Pediatric dentistry, dental fear, projective tests.