

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOCÊNCIAS E SAÚDE – MESTRADO

ALINE VANELI PELIZZONI

**PREPARO PSICOLÓGICO PARA O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM
CRIANÇAS: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO**

CASCADEL-PR

Fevereiro/2020

ALINE VANELI PELIZZONI

**PREPARO PSICOLÓGICO PARA O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM
CRIANÇAS: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO**

DISSERTAÇÃO apresentada ao Programa de Pós-graduação em Biociências e Saúde – Mestrado, do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Biociências e Saúde.

Área de concentração: Processo saúde-doença

ORIENTADOR: Dra. Patrícia Oehlmeyer Nassar.

CO-ORIENTADOR: Dra. Cláudia Silveira Vieira.

CASCADEL-PR

Fevereiro/2020

FICHA CATALOGRAFICA

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Pelizzoni, Aline Vaneli

Preparo psicológico para o tratamento odontológico em crianças: : estudo clínico randomizado / Aline Vaneli Pelizzoni; orientador(a), Patrícia Oehlmeyer Nassar; coorientador(a), Cláudia Silveira Vieira, 2020.

123 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Cascavel, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, 2020.

1. Psicologia da saúde. 2. Interdisciplinarietà . 3. Odontopediatria. 4. Psicologia histórico cultural. I. Nassar, Patrícia Oehlmeyer. II. Vieira, Cláudia Silveira . III. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO



Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Campus de Cascavel CNPJ 78680337/0002-65
Rua Universitária, 2069 - Jardim Universitário - Cx. P. 000711 - CEP 85819-110
Fone:(45) 3220-3000 - Fax:(45) 3324-4566 - Cascavel - Paraná



ALINE VANELI PELIZZONI

Preparo psicológico para o tratamento odontológico em crianças: Estudo clínico randomizado.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde em cumprimento parcial aos requisitos para obtenção do título de Mestra em Biociências e Saúde, área de concentração Biologia, Processo Saúde-doença e Políticas de Saúde, linha de pesquisa Processo Saúde-doença, APROVADO(A) pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a) - Patrícia Oehlmeyer Nassar

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Juliana Fraga Soares Bombonatti

Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso

Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Campus de Cascavel (UNIOESTE)

Cascavel, 28 de fevereiro de 2020

*Ao meu esposo, Vinícius, pelo carinho, cuidado e,
principalmente, por incentivar este processo.*

AGRADECIMENTOS

São muitas as pessoas que contribuíram de alguma maneira com este processo, as quais tenho muito respeito e admiração. Agradeço, primeiramente, ao programa de pós-graduação e a professora Patrícia pela oportunidade, com toda a certeza foi uma experiência transformadora.

As crianças e pais que foram fundamentais para a realização deste trabalho. Aos acadêmicos Isabela, Natália, Lariana, Bárbara, Lúcia e Ali por disponibilizarem seu tempo e conhecimento, e todos os profissionais da clínica de odontologia que indiretamente contribuíram.

Todo o meu respeito aos professores Adriano e Maria Daniela pela recepção e carinho com que trataram a pesquisa, vocês foram essenciais nessa construção.

Às minhas amigas que dedicaram seu tempo e conhecimento nas correções de português e língua estrangeira, Amélia e Regy.

À minha amiga Juliana, por transmitir toda a empolgação e ajudar nos momentos mais difíceis. Aos colegas e amigos do mestrado e da vida que dividiram as angústias dessa constante (des)construção, meu carinho especial por Karen, Carol e Adriellen.

As equipes das bibliotecas da PUC -Toledo e Unipar – Cascavel, principalmente a Kelly e Elaine que apoiaram desde o início.

Aos professores Sheila, Ronaldo e Maria Inês que foram inspiração e incentivaram à decisão de seguir em busca pelo conhecimento do fenômeno psicológico.

Às professoras e coorientadoras Cláudia e Rejane meus sentimentos de maior admiração pela dedicação e, por ensinarem o sentido de ser professor. À Beatriz, Rosa, Solange, Gicelli, Maria Lúcia e Ana Tereza por contribuírem com o pensamento crítico e coletivo. À todas vocês que se propõem a ensinar meu respeito, pois todo ato de ensinar é um ato de resistência na construção de uma sociedade mais justa.

À minha mãe, minha base, que desde muito cedo “plantou a sementinha” de um futuro melhor e mais consciente. Aos meus irmãos Isa e Fê.

RESUMO

PELIZZONI, A. V. **Preparo psicológico para o tratamento odontológico em crianças**: estudo clínico randomizado. p. 123. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2020.

Trata-se de um estudo clínico randomizado com objetivo de avaliar o preparo psicológico como ferramenta possível para minimizar a ansiedade e medo de crianças submetidas ao tratamento odontológico e identificar a correlação de ansiedade entre as crianças e seus pais. A pesquisa fundamentou-se nos pressupostos da Psicologia Histórico-Cultural e delineamento quantitativo e qualitativo. A amostra do estudo se configurou em crianças de oito e nove anos, que aguardavam atendimento na clínica de odontopediatria e com seus pais e ou responsáveis. Todas as crianças analisadas passaram pelo mesmo tipo de procedimento de profilaxia. A amostra foi randomizada em grupo controle (GC), o qual, recebeu o tratamento de rotina da referida clínica (falar-mostrar-fazer) e, em grupo intervenção (GI), que corresponde aos indivíduos que receberam o preparo psicológico anterior ao procedimento odontológico. A pesquisa realizou-se em duas etapas, primeiramente, os dados quantitativos foram coletados, através da Escala de ansiedade odontológica de CORAH aplicada nos pais e ou responsáveis e a Escala *Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale* para avaliação do medo e ansiedade nas crianças. Estas escalas foram utilizadas anterior e posterior aos procedimentos, caracterizando em pré-teste e pós-teste. O preparo psicológico, consistiu na apresentação e interação com os instrumentos e materiais odontológicos, bem como, o ambiente da clínica, utilizando-se da técnica do Brinquedo terapêutico instrucional (BTI). As informações qualitativas foram extraídas do processo de protagonização das crianças com BTI, registradas em diário de campo para análise de conteúdo de unidade temática de significação. A análise estatística dos dados foi realizada através do software SPSS IBM® versão 20.0. Para todas as análises, adotou-se o nível de significância de 95% e $p < 0,05$. O teste de *Shapiro-Wilk* constatou normalidade nos dados. A estatística descritiva relacionou a média, desvio padrão, intervalo de confiança 95% e valores de frequência absoluta e relativa. O teste *t* de *Student* foi empregado para verificar a diferença entre os escores do grupo controle e do grupo intervenção, constatou-se diferença significativa entre os momentos pré e pós teste em ambos os grupos, mas não obteve-se significância estatística entre GC e GI. O teste *t* para amostras pareadas foi utilizado para verificar a diferença entre os escores de ansiedade nos momentos pré e pós-intervenção que apresentaram redução nos níveis de ansiedade e medo para ambos os grupos. O teste de correlação de *Pearson* apontou que não há relação entre os níveis de ansiedade e medo entre pais e filhos. A análise temática de significação demonstrou ressignificação dos cuidados com saúde bucal.

Palavras-Chaves: Ansiedade ao tratamento odontológico. Odontopediatria. Psicologia da saúde.

ABSTRACT

PELIZZONI, A. V. **Psychological preparation for dental treatment in children: a randomized clinical study.** p. 123. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Biociências e Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Campus Cascavel, Unioeste, 2020.

This is a randomized clinical study with the objective of evaluating psychological preparation as a possible toll to minimize the anxiety between children and their parents. The research was based on the fundamentals of Historical-Cultural Psychology and quantitative and qualitative. The study sample consisted of children aged eight and nine, who were waiting for care at the pediatric dentistry clinic with their parents and or guardians. All children analyzed underwent the same type of prophylaxis procedure. The sample was randomized in a control group (CG), which received the routine treatment of the referred clinic (talk-show-do), which corresponds to the individuals who received psychological preparation prior to the dental procedure. The research was carried out in two stages, first the quantitative data were collected through the CORAH Dental Anxiety Scale applied to parents and/or guardians and, the Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale Scale to assess fear and anxiety in children. These questionnaires were used before and after the procedure, featuring pre-test and post-test. The psychological preparation consisted of the presentation and interaction with the dental instruments and materials, as well as the clinic environment, using the Instructional Therapeutic Toy (ITT) technique. Qualitative information was extracted from the process of leading children with ITT, which was recorded in a field diary for content analysis of the thematic unit of meaning. The statistical analysis of the data was performed using the SPSS IBM® software version 20.0. For all analyzes, the level of significance was set at 95% and $p < 0,05$. The *Shapiro-Wilk* test found normality in the data. Descriptive statistics related the mean, standard deviation, 95% confidence interval and values of used to verify the difference between the pre and post test moments in both groups, but no statistical significance was found between CG and IG. The t-test for paired samples was used to verify the difference between anxiety scores in the pre and post-intervention moments that showed a reduction in anxiety and fear levels for both groups. Pearson's correlation test showed that there is no relationship between the levels of anxiety and fear between parents and children. The thematic analysis of significance demonstrated a new meaning in oral health care.

Key words: Anxiety to dental treatment. Pediatric dentistry. Health psychology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Boneco com arcada macro “Tigrão”	52
Figura 2 – Boneco com arcada macro “face”	52
Figura 3 – Kit odontológico.....	53
Figura 4 – Clínica de Odontopediatria da Unioeste.....	56
Figura 5 – Mesa auxiliar preparada para a intervenção.....	56
Figura 6 – Diagrama dos procedimentos.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sobre sexo e idade das crianças.....	59
Tabela 2 – Experiência prévia em tratamento odontológico e psicológico.....	59
Tabela 3 – Escores de ansiedade entre as crianças nos grupos pré e pós-intervenção.....	60
Tabela 4 – Classificação do nível de ansiedade das crianças.....	61
Tabela 5 – Valores de correlação entre os escores de ansiedade das crianças com os responsáveis.....	61
Tabela 6 – Diferença respostas pré e pós do questionário CFSS-DS.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
BT	Brinquedo Terapêutico.
BTI	Brinquedo Terapêutico Instrucional.
CFSS-DS	Children's Fear Survery Schedule Dental Subscale.
DAS	Escala de ansiedade odontológica de CORAH.
GC	Grupo controle.
GI	Grupo intervenção.
ReBEC	Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos.
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS.....	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
3.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA PERSPECTIVA HISTÓRICO CULTURAL.....	20
3.1.1 Sobre as Funções Psicológicas Superiores	22
3.1.2 O papel da vivência e do meio no desenvolvimento infantil	28
3.1.3 Periodização do desenvolvimento e atividade principal da criança	30
3.1.3.1 Primeira infância e a atividade humanizadora do contato com outro	31
3.1.3.2 Idade escolar e a atividade guiada para o conhecimento.....	33
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DO TEMA	36
4.1 ANSIEDADE E MEDO ODONTOLÓGICO	36
4.2 PREPARAÇÃO PSICOLÓGICA	40
4.3 BRINQUEDO TERAPÊUTICO INSTRUCIONAL	42
5. METODOLOGIA	44
5.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	44
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	45
5.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	46
5.3 Instrumento de coleta de dados socioecômicos.....	46
5.3.2 Check-list sinais e sintomas de ansiedade e medo odontológico.....	47
5.3.3 Diário de campo	47
5.3.4 Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale para avaliação do medo e ansiedade ao tratamento odontológico em crianças (CFSS-DS)	47
5.3.5 Escala de ansiedade odontológica de CORAH (DAS)	48

5.4 POPULAÇÃO, AMOSTRA E PERÍODO DO ESTUDO	49
5.5 RANDOMIZAÇÃO.....	50
5.6 KIT DE PREPARAÇÃO PARA O PROCEDIMENTO ODONTOLÓGICO	51
5.7 INTERVENÇÃO.....	53
5.8 MÉTODO DE ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS	58
6. RESULTADOS.....	58
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	58
6.2 ANSIEDADE PRÉ E PÓS PROCEDIMENTO.....	59
7. ANÁLISE QUALITATIVA DA INTERVENÇÃO COM A TÉCNICA DO BTI.....	63
7.1 UNIDADE TEMÁTICA DE SIGNIFICAÇÃO DAS OBSERVAÇÕES DO BTI	63
7.1.1 Explorar o consultório e descobrir os materiais e instrumentos	63
7.1.2 Apreendendo sobre saúde e cuidados bucais.....	64
7.1.3 Sobre ser dentista	66
7.1.4 Provocar novos afetos no processo saúde-doença.....	68
8. DISCUSSÃO	69
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - CRIANÇA.....	87
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – RESPONSÁVEL	90
APÊNDICE C – TERMO ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) – CRIANÇA.....	93
APÊNDICE D – HISTÓRIA: “TIGRÃO VAI AO DENTISTA”	96
APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIOECONÔMICO..	98
APÊNDICE F – CHECK LIST SINAIS E SINTOMAS DE ANSIEDADE E MEDO ODONTOLÓGICO	99
APÊNDICE G – ARTIGO SUBMETIDO A REVISTA INTERFACE - COMUNICAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO	100

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	118
ANEXO B – VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA CHILDREN’S FEAR SURVEY SCHEDULE- DENTAL SUBSCALE PARA AVALIAÇÃO DO MEDO E ANSIEDADE AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM CRIANÇAS	121
ANEXO C - VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE ANSIEDADE DE CORAH.	122

1. INTRODUÇÃO

A infância é um período de muitas descobertas de si e do mundo, e esta relação é de particular interesse para a Psicologia Histórico-Cultural. Compreende-se, nessa perspectiva, que o desenvolvimento ocorre à medida que a criança se apropria da realidade social e cultural, e não de maneira natural guiado apenas por leis biológicas. Mas, na relação com a sociedade, mediado pela ação educativa a criança amplia os seus conhecimentos pela aprendizagem, “por isso, a aprendizagem é um momento intrinsecamente necessário e universal para que se desenvolvam na criança essas características humanas não-naturais, mas formadas historicamente” (VIGOTSKII, 2001, p. 115).

A dessa perspectiva, conclui-se que o desenvolvimento está subordinado às condições e oportunidades fornecidas para que o sujeito apreenda os conceitos historicamente sistematizados e possa subjetivá-los de acordo com a realidade objetiva e concreta que se apresenta a ele (MARTINS, 2013; PASQUALINI, 2013; LEONTIEV, s.d). De acordo com Vigotskii (2001), a aprendizagem propicia o desenvolvimento infantil. Para tanto é necessário a criação de condições favoráveis de aprendizagem que oportunize o desenvolvimento.

Cabe destacar que a criança encontra-se em processo de desenvolvimento e sensível à aprendizagem, sem a qual o desenvolvimento não é possível (VIGOTSKII, 2001), é relevante considerar este momento adequado para inserir na realidade infantil conhecimentos sobre saúde. À medida que há o desenvolvimento consciente, conhecimento da realidade, pela aprendizagem, a criança passa a ser sujeito do próprio processo de saúde e ativo nos cuidados de si.

Ao passo que saúde é interpretada a partir da “conjuntura social, econômica, política e cultural” e relaciona-se aos fatores históricos e culturais da sociedade em que se vive, atrelada ainda as questões científicas, religiosas, filosóficas e individuais de cada sujeito (SCLIAR, 2007, p. 30). Sendo assim, a experiência com a saúde, é

individual, influenciada por todos estes fatores e, principalmente pelo conhecimento que possui sobre saúde e suas implicações.

Dada a relevância das relações vivenciadas pela criança, (re)pensar as práticas profissionais relativas ao binômio, saúde-doença, nos diferentes serviços de saúde, nos leva ao exercício da interdisciplinaridade, produzindo-se com isto um diálogo no campo da saúde de tal maneira que as especialidades sejam expandidas em seus métodos e práticas (GOMES; DESLANDES, 1994). A proposição da interdisciplinaridade é estabelecer vínculos entre as disciplinas, integrando-as para responder os problemas complexos que demandam da sociedade e da vida humana (MINAYO, 1991).

Tovo, Faccin e Vivian (2016), narram que, ao aproximar os saberes e promover a interdisciplinaridade há um enriquecimento das práticas para a promoção de experiências mais complexas. Assim, há uma valorização da compreensão individual da própria vivência sobre o processo de saúde-doença, apropriando-se das várias dimensões e inter-relações de uma mesma realidade.

Com isto, são crescentes os números de pesquisas que relacionam a experiência psicoafetiva infantil nos consultórios odontológicos com sintomas de medo e ansiedade, desencadeados a partir das experiências nos cuidados com a saúde bucal, relacionando assim, a práxis da odontopediatria com o saber psicológico.

O medo é uma reação de defesa em circunstâncias entendidas como ameaçadoras e ou perigosas advindas de um objeto real (PERONIO; SILVA; DIAS, 2019). A ansiedade compreende um estado de apreensão mesmo quando não há perigo evidente, manifesta-se de forma vaga e persistente, podendo não ser conscientemente percebida (KANEKANE *et al.*, 2003). Assim, a ansiedade se faz um estado psíquico que pode ser ocasionado devido a representantes internos e ou externos, reais ou imaginários (FERREIRA; OLIVEIRA, 2016).

Bottan, Lehmkuhl e Araújo (2008), discorrem que a associação entre tratamento odontológico e medo não são intrínsecos ao indivíduo, mas sim, apreendidos durante o processo de socialização, por meio do contato com os procedimentos odontológicos, meios de comunicação e pelas experiências de outras pessoas.

Para Martins *et al.* (2017), são muitas as causas que levam a ansiedade e medo odontológico, entre os fatores etiológicos com maior significância, estão as

experiências negativas transferidas para as crianças por suas mães (FERREIRA; OLIVEIRA, 2016). Ao encontro desse entendimento, Tovo, Faccin e Vivian (2016), apontam às influências familiares nos comportamentos infantis que interferem diretamente no atendimento odontológico. Outro dispositivo gerador de ansiedade são as experiências dolorosas vivenciadas anteriormente pelos pacientes (FERREIRA; OLIVEIRA, 2016).

A partir destas expressões negativas em relação ao tratamento são recorrentes as associações feitas em pesquisas entre ansiedade e medo com más condições de saúde bucal (KANEGANE *et al.*, 2003; BOTTAN; LEHMKUHL; ARAÚJO, 2008; RIBEIRO; DEWET; COUTINHO, 2016; MARTINS, 2017). Sendo assim, ao submeter a criança ao tratamento odontológico é relevante considerar não só o primoroso trabalho técnico do cirurgião-dentista, como a atenção aos aspectos psicológicos (MELO *et al.*, 2015).

Diante disso, cabe a reflexão, se as ações interdisciplinares no tratamento odontológico infantil, podem contribuir para reduzir o medo e a ansiedade da criança e promover processos de aprendizagem tornando-a mais ativa e consciente com os cuidados com a higiene bucal.

Nesse sentido, estudos têm demonstrado a possibilidade de uma prática humanizada em que se compreende que há subjetividade para além da dimensão técnica e jurídica dos serviços prestados (OLIVEIRA, 2014). Mota, Farias e Santos (2012, p. 151), dissertam que “é necessário dar significado mais humanístico à prática odontológica, pois, quanto mais o dentista compreende as pessoas que o procuram, mais positivo poderá tornar-se o atendimento”. Para Bezerra (2016), o atendimento psicológico nesse âmbito dialoga com o tratamento odontológico de modo a auxiliar na melhoria de qualidade de vida e contribuir para o bem estar da criança, ou seja, o que se produz nesta relação é um ambiente de apoio à saúde em suas dimensões.

Para isto, o preparo psicológico se configura a partir de várias técnicas e instrumentos possíveis de intervenção no atendimento de pacientes e familiares em condições estressantes (DOCA; COSTA JUNIOR, 2007). Broering e Crepaldi (2011), afirmam que os aspectos fundamentais para o preparo psicológico para procedimentos médicos e cirúrgicos são a exposição detalhada das ações que serão realizadas, bem como a elaboração e elucidação de estratégias adequadas para o enfrentamento. Ainda, segundo Doca e Costa Junior (2007), o principal elemento para

a redução de afetos ansiosos é o devido esclarecimento dos procedimentos, incluindo medidas simples para a eliminação de dúvidas. Atribui-se à intervenção psicológica índices maiores de adesão aos tratamentos em saúde, devido ao desenvolvimento de recursos mais eficazes ao enfrentamento da terapêutica a ser submetido.

Tratando-se da infância, os procedimentos de preparo psicológico têm sido pesquisados e oferecidos em intervenções de modo lúdico (OLIVEIRA; PALMEIRA, 2018; BROERING; CREPALDI, 2008; 2011), pois se compreende que através do brincar a criança se expressa, deixando emergir seus medos e anseios. Esta compreensão é amplamente discutida nas práticas de saúde em serviços de enfermagem e psicologia e vem se estruturando em trabalhos de odontopediatria (PESSOA *et al.*, 2018; SILVA; SANTOS; FLORIANO, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2014; LAMHA; COSTA, 2012).

Nessa direção, a técnica do Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI) é um importante aliado nos atendimentos em ambientes de saúde, pois é um instrumento lúdico, adequado às condições de desenvolvimento cognitivo da criança e, contribui para a tomada de consciência dos aspectos de saúde e suas implicações pelo caráter educativo (MAIA; MELO; LA BANCA, no prelo). A técnica estimula a criança esclarecer dúvidas e expressar seus sentimentos e emoções sobre preocupações e medos relativos ao tratamento. O principal objetivo é promover o bem estar emocional por meio da aprendizagem. Por sua característica educativa é indicado para a preparação de crianças que serão submetidas a procedimentos invasivos, possibilitando a aprendizagem dos conceitos sobre sua saúde. Ela é aplicada primeiramente com a contação de uma história semelhante ao procedimento e após a criança protagoniza a sua interpretação da narrativa (MAIA; MELO; LA BANCA, no prelo).

É importante ressaltar o caráter educativo desta técnica e a concordância dela com a proposição da Psicologia Histórico Cultural que refere-se à apropriação das dimensões sociais e culturais, tornando o sujeito ativo na relação com os objetos do seu mundo externo. A vista disso, o BTI fornece instrumentos para a criança atuar nas situações de maneira consciente, o que torna possível cuidar, inclusive, dos aspectos da sua saúde física e psicológica redimensionando o medo e ansiedade (LEONTIEV, 2001).

Fundamentando-se nos pressupostos teóricos apresentados e na necessidade de cuidados com a saúde bucal, problematiza-se a questão do preparo psicológico

das crianças para o tratamento odontológico, conjecturando a possibilidade de diminuição das manifestações ansiosas na criança a partir da intervenção psicológica prévia ao tratamento.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o preparo psicológico como ferramenta possível para minimizar a ansiedade em crianças atendidas na clínica de odontopediatria da Unioeste.

2.2 Objetivos Específicos

Comparar os escores de ansiedade e medo entre os grupos de intervenção e controle;

Relacionar os níveis de ansiedade entre os pacientes e seus responsáveis em ambos os grupos;

Analisar as unidades temáticas de significação do processo interventivo na técnica do brinquedo terapêutico instrucional;

Propor um programa de preparo psicológico para o atendimento em odontopediatria.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Desenvolvimento infantil na perspectiva Histórico Cultural

A concepção da humanidade só foi possível pela superação das leis universais da natureza, o homem ao tomar contato com a realidade externa, objetiva, pôde produzir em si transformações que o distanciaram da sua natureza animal e o humanizaram incorporando à sua constituição biológica o caráter social (LEONTIEV, s.d). “O que significa que o caráter produtivo da atividade humana opera nos dois pólos de que é a mediadora: no mundo, transformando-o em cultura e no homem, transformando-o pela cultura” (PINO, 2010, p. 40). Deste modo, compreende-se que o caráter histórico cultural é representado pela vida em sociedade.

Este processo de transformação se deve a capacidade, essencialmente humana, de registrar os fenômenos da cultura material e intelectual e transmitir para as gerações seguintes através do trabalho. Por meio dele o homem transforma a natureza para atender as suas necessidades e se satisfazer, criando e recriando materiais e métodos para o progresso, desenvolvimento cultural, da ciência e da arte cristalizando nos produtos os conhecimentos, aptidões e práticas construídos ao longo da história (LEONTIEV, s.d). Ao mesmo tempo em que transforma a natureza o homem se transforma e desenvolve novas formas de se relacionar com a natureza e com a cultura.

A atividade para Pasqualini (2013), é a categoria nodal para compreender o desenvolvimento do psiquismo, já que esta é o conector do homem ao mundo. A respeito disso Sirgado (1990), discorre de que a consciência constitui-se a partir da atividade humana, fruto da mediação entre o homem e a natureza, é o elo condutor de transformação, “a atividade de trabalho concretiza-se através de instrumentos fabricados pelo homem para serem condutores da sua ação “(p. 65). Os objetos de

trabalho são objetivação da atividade produtora do homem. Como um exemplo o martelo, que media a relação homem e objeto e possibilita a transformação humana sobre a natureza.

Leontiev (s.d), registra que nos instrumentos estão incorporadas as operações de trabalho criadas ao longo da história e, que no decorrer resultaram no desenvolvimento de instrumentos mais complexos e tecnologias que atendem as necessidades materiais e intelectuais. Neste ato há uma integração para além do biológico, funções elementares, nele o homem amplia as suas capacidades psicomotoras e incorpora formas mais complexas das funções psíquicas superiores. São internalizadas as produções culturais da humanidade que subsidiam o desenvolvimento, sua apropriação é o resultado de um lento processo de “re-construção pelo indivíduo, verdadeiro significado do conceito de internalização” (SIRGADO, 1990, p. 65).

O primeiro aspecto a ser considerado no desenvolvimento infantil na proposição da Psicologia Histórico Cultural, é entendê-lo como processo em que ocorrem mudanças qualitativas na relação da criança com o mundo de forma dialética. Isso implica em um processo evolutivo e revolucionário, de mudanças pequenas que ao longo de determinado período se acumulam e produzem um salto qualitativo e, representarão um novo estágio de desenvolvimento (PASQUALINI, 2013).

Para isto, o psiquismo opera mediado pelos signos culturalmente desenvolvidos, isso significa ser necessário que o outro, adulto, transmita à criança os símbolos produzidos socialmente de modo que ela possa internalizá-los para conviver em sociedade. Os signos orientam as ações sobre o próprio psiquismo e o psiquismo do outro (SIRGADO, 1990). A grosso modo, são representações simbólicas de objetos da realidade concreta assimilados da mesma maneira por uma determinada civilização (MARTINS, 2013).

Segundo a autora, as mediações simbólicas e os instrumentos, requalificam as funções orgânicas e produzem a ação consciente e planejada com domínio da própria conduta. Desenvolvem-se formas complexas de comportamento, que requerem a apropriação da imagem subjetiva da realidade objetiva e, que tem como papel fundamental orientar o comportamento do sujeito na realidade concreta. Em outros termos, significa dizer que na instância psíquica será criada uma imagem que

representa os aspectos da sociedade e da cultura em que se vive, ou seja, da realidade objetiva e concreta.

A relação sujeito-objeto é a base sobre a qual se constitui o reflexo psíquico da realidade, e os mediadores sociais (signos e instrumento) exercem papel determinante na constituição das funções psicológicas superiores, as quais, na verdade, só se concretizam por meio da atividade social do sujeito (GOMES, 2013, p. 513).

Em outros termos, o reflexo psíquico está condicionado ao desenvolvimento dos processos interfuncionais, como: sensação, percepção, atenção, memória, linguagem, pensamento, imaginação, emoção e sentimento. Juntos formam uma unidade de elementos individualmente complexos no processo de desenvolvimento (MARTINS, 2013) e, serão responsáveis pela atribuição dos significados. Sobre isso, Prestes e Tunes dissertam:

O desenvolvimento como um todo determina o desenvolvimento das partes, ou seja, o desenvolvimento da consciência da criança como um todo determina o desenvolvimento de cada função isoladamente, de cada forma isolada de atividade consciente. Assim, não ocorre simplesmente o desenvolvimento da memória, da atenção, do pensamento isoladamente, mas do conjunto das mudanças surge um desenvolvimento comum da consciência, uma mudança da consciência como resultado do desenvolvimento de certas funções (PRESTES; TUNES, 2018, P. 95).

Vale ressaltar que as funções psíquicas estão em constante movimento e (re)constituição, ocupam-se sempre umas das outras para se desenvolver (PINO, 2010). Por outro lado, apresentam individualmente suas próprias leis e estas aparecem de maneira mais importante em determinados períodos do desenvolvimento do que em outros.

3.1.1 Sobre as Funções Psicológicas Superiores

As funções psicológicas superiores serão descritas, brevemente, em suas características individuais. Vale ressaltar que, para a compreensão delas se faz necessário a superação da dicotomia corpo e mente, concebendo o desenvolvimento em unidade afetivo-cognitivo. Isto é, o desenvolvimento cognitivo está atrelado ao afetivo e vice-versa (MARTINS; CARVALHO, 2016).

As funções psicológicas superiores são em sua essência um sistema interfuncional, em que as funções se relacionam de maneira dinâmica e não seguem um modelo linear e uniforme de desenvolvimento (MARTINS, 2013). Mas, estão associadas as relações e condições fornecidas para o desenvolvimento desta unidade.

Neste sentido, os processos afetivos: emoção e sentimento estão presentes desde a mais tenra idade e acompanham o sujeito em todo o seu processo de desenvolvimento, passando por mudanças qualitativas ao passo em que a criança se apropria de instrumentos culturais (GOMES, 2013).

Destaca-se o conceito de afeto¹ de acordo com a filosofia espinosana² que considera a união entre mente e corpo provido de uma potência de agir e pensar – *conatus* – com objetivo de auto preservar a sua existência (CHAUÍ, 2006).

Para o filósofo, a consciência emerge a partir da vivência³ e ou experiência de uma afecção que representa a ação de algo ou alguém sobre o sujeito, oportunizando o conhecimento de determinado fenômeno. Um exemplo disso, em contato com um objeto, a criança fará uso das suas propriedades psíquicas desenvolvidas para compreendê-lo, vivenciando a afecção que representa a ação do objeto sobre o sujeito. Ao ser afetado pelo objeto, ela experimentará de modo singular, alterando sua potência de agir e pensar, sendo diminuída ou aumentada (GOMES, 2013).

O afeto é essencial para o processo de desenvolvimento psíquico e funciona como unidade afetivo-cognitiva (PASQUALINI, 2009), coaduna-se às demais funções psicológicas e ao desenvolvimento da consciência, pois o funcionamento acontece de

¹ “As afecções corporais são os afetos da mente, seus sentimentos e suas idéias. Unidos, corpo e mente constituem um ser humano como singularidade ou individualidade complexa em relação contínua com todos os outros. A intersubjetividade é, portanto, originária. Os indivíduos singulares são *conatus*, ou seja, uma força interna que unifica todas as suas operações e ações para permanecer na existência, permanência que não significa apenas permanecer em seu próprio estado (como a pedra, por exemplo), mas para regenerar-se continuamente, transformar-se e realizar-se (como os vegetais e os animais). O *conatus*, demonstra Espinosa na Parte III da Ética, é a essência atual do corpo e da mente.” (CHAUÍ, 2006, p. 126).

² Trata-se da obra filosófica de Baruch de Espinosa (1632-1677).

³ Trata-se de um substantivo formado pelo prefixo pere- (através) e o verbo -jit' (viver), o que etimologicamente significa “viver através de”, ou seja, da experiência concreta, seja ela real ou imaginária. Portanto, não basta saber qual ou quais elementos estão influenciando o desenvolvimento da criança, é necessário saber ou interpretar aquilo que constitui sua “vivência”. Mas a “vivência” é mais do que a mera presença na consciência da realidade experimentada, ela envolve um “trabalho mental”, consciente ou inconsciente, por parte do indivíduo (no caso, da criança) de atribuição de significação ao(s) elemento(s) do meio que constitui(em) a experiência (PINO, 2010, p. 751).

maneira recíproca retratando as conexões internas da atividade humana entre necessidades, motivos e emoções (MARTINS, 2013).

A necessidade corresponde ao estado emocional que impulsiona o sujeito para a ação, para que a atividade tenha sentido é necessário que haja uma necessidade ou um conjunto delas, que só são satisfeitas quando se encontra o objeto capaz de sanar a sua carência (GOMES, 2013). Ao identificar o objeto que atende às suas necessidades surgem os motivos que orientam e estimulam a atividade, ou seja, o motivo concede objetividade à necessidade (MARTINS, 2013).

A emoção reflete o estado do sujeito nas ações praticadas nas relações sociais, se manifestam na fala e no modo de agir. Os sentimentos compõem a variação da potência de agir e pensar e levam a perceber o que há de mais importante na realidade vivenciada. Para Martins e Carvalho (2016, p. 709), “os sentimentos se relacionam às necessidades e motivos criados no curso do desenvolvimento histórico, subordinando-se às condições de vida do homem em sociedade e, como dado imanente das relações entre as pessoas”.

Assim, o afeto registra subjetivamente o efeito externo sobre a vida psíquica, isso implica dizer que as afecções sendo positivas proporcionam espaço para o desenvolvimento, do contrário inibem o seu curso e o seu desejo de agir (GOMES, 2013).

A sensação funciona como captação sensorial do real como aspecto fundante para a formação da imagem subjetiva da realidade objetiva, representada pelos órgãos receptores do sentido (audição, visão, tato, olfato e paladar), estes analisam os estímulos provocados pelo meio externo e constituem a consciência do corpo no espaço. Os analisadores recebem ativamente o incremento social e cultural na relação sujeito objeto, assim quanto maiores os estímulos em qualidade e extensão maior será o refinamento da função (Martins, 2013).

De natureza igual, a autora relata que a percepção integra e expande as sensações atribuindo significado às impressões sensoriais interpretadas, ou seja, constitui-se em uma função com caráter sintético. A percepção institui ainda a fusão primária entre percepção, linguagem e pensamento concebendo uma unidade. Ainda para ela, esta instância apropria-se da sua forma mais elaborada, com a inclusão da fala e suas funções simbólicas que contribuem para o conhecimento acerca dos

objetos e suas significações e, que irão formar a percepção imediata e de categorias. Por exemplo, a criança passa a categorizar os objetos e seres que se assemelham.

Para Martins (2013), é necessário que a palavra seja inserida na realidade, pois nela está contido o signo que introduz o conceito sobre o que é nomeado. Neste sentido, percepção, linguagem e pensamento fixam o conhecimento acerca dos objetos e fenômenos na história, cultura e sociedade e, qualitativamente agem sobre a própria percepção. Sendo assim, para analisar a percepção é preciso compreender quais às condições da aquisição do conhecimento foram disponibilizadas para o sujeito.

Vinculando-se a percepção, à atenção compreende a seleção dos estímulos na consciência, isso se processa na relação entre estímulos internos, advindos do próprio sujeito, e externos que se referem ao campo social. À atenção tem origem involuntária que atende as necessidades naturais da percepção. Ao inserir-se em um campo simbólico, a atenção, passa a atuar de maneira mediada, assim, objeto e palavra orientam-na e esta se requalifica à medida que a criança passa a internalizar os signos e, os transforma em atividade. Desse modo, passa a dirigir a própria ação para atingir determinado objetivo. O incremento com maior grau de refinamento da atenção está presente desde os anos iniciais da pré-escola e perdura todo o período da idade escolar até a adolescência (MARTINS, 2013).

De acordo com a autora, a memória, por sua vez, está diretamente relacionada a atenção, compreendendo as características involuntárias e a memória voluntária, mediada, que se refere à memorização consciente. Resulta-se das relações interfuncionais que serão ponto de apoio para o pensamento e, que mediados pela linguagem tornam possível a memorização de conceitos.

A pesquisadora alega que o desenvolvimento cultural da linguagem proporcionou ao homem um salto qualitativo para o desenvolvimento da capacidade de pensar e se relacionar com o outro. A linguagem é estruturada em palavra, fala, frase e língua, as quais se relacionam em um sistema de signos que permite a comunicação.

Assim, a palavra se constitui a partir de conexões distintas, sejam elas acústicas ou morfológicas, por esse motivo podem ser alteradas de acordo com a situação. Através da fala é possível comunicar-se e produzir uma frase que é a combinação de palavras de acordo com a normativa da língua registrada no

vocabulário, gramática e sistema fonológico vigente. A partir de aspectos externos ou internos ela assume diferentes tipos como os gestos, sons, a linguagem falada e escrita “em todas elas afirma a essencialidade social do psiquismo humano” (MARTINS, 2013, p. 189).

Para a autora, a linguagem é inicialmente experienciada como processo interpessoal, interno, à medida que é subjetivada incorpora-se aos processos intrapsíquicos em uma conexão interna entre signo e significado. Ao compreender a função social do signo a criança modifica a sua posição frente à comunicação, pouco a pouco, torna-se capaz de trazer à mente objetos, signos, que não estão no seu campo de visão.

A autora supracitada expõe que as palavras tomam significado na unidade entre linguagem e pensamento, são representações mentais, intrapsíquicas, do que está sendo observado ou discutido. O significado da palavra remete a algo do universo semiótico, ou seja, individual de cada sujeito, tendo como exemplo a palavra casa, ao pensar ela produz uma imagem e nela estão envolvidos afetos, lembranças ou projeções do que se quer. Além disso, o significado pode variar de acordo com o contexto exposto.

Estas representações mentais suscitam a propriedade de pensamento – linguagem e pensamento, formam uma amálgama e, por isso são elementos indiscutíveis separadamente –, Martins (2013, p. 195), associa “a importância da apropriação dos signos culturais, fundamentais ao enriquecimento do ato mental e, da mesma forma, o quanto o empobrecimento de suas internalizações provoca o esvaziamento exatamente do que lhe é requerido para operar”. Isto posto, para a construção, para o encadeamento do pensamento, há de se considerar a necessidade da atividade prática, em primeiro momento, para então converter-se em operações teóricas.

A referida autora, explica que inicialmente o pensamento emerge para resolver um problema provocando operações racionais de análise e síntese, comparação, generalização e abstração dos processos. Análise e síntese atuam ao separar todos os atributos isoladamente para identificar elementos que constituem o objeto, fenômeno ou situação e ao final podem produzir uma síntese a partir do elemento inicial. A comparação concerne às identificações de semelhança ou diferença em consequência à classificação do mesmo, ainda, é premissa para o desdobramento de

generalizações que atuam na elaboração de conceitos e juízos da realidade concreta, atuam atribuindo significado às palavras (PRESTES; TUNES, 2018). Relativo a estas operações a abstração age na formação de conceitos abstratos, separando-se do que é material e concreto (MARTINS, 2013).

Para ela há três fases principais para o desenvolvimento do pensamento, que são: pensamento sincrético, o qual está presente nas fases iniciais da vida, neste período a criança ainda está atenta ao signo e não ao significado das palavras; o pensamento por complexo; e pensamento conceitual.

A fase por complexos, compreende o término da primeira infância e se estende até o início da adolescência, os pensamentos evoluem em coerência e objetividade. Esta evolução produz diferentes maneiras de generalizações, destes cinco, são principais: complexo associativo em que são reconhecidos os elementos comuns entre os objetos; complexo por coleção: em que a apreensão se dá por meio da experiência prática e visual; complexo por cadeia: assume um caráter indeterminado e difuso, os objetos são inseridos na cadeia de acordo com a percepção concreta sobre a figura sem que haja necessariamente uma relação entre eles; complexo difuso: são associados elementos da percepção visual e noções ainda não experienciadas pela criança; pseudoconceito: a criança passa a dominar a língua e reproduz a linguagem do adulto, mas não há ainda, lógica interna ou integração do pensamento abstrato (PORTO; MARTINS, 2018; MARTINS, 2013).

Prestes e Tunes (2018), analisam que as generalizações em etapas etárias diferentes resultam em interpretações da realidade também distintas, isso justifica a desigualdade entre o pensamento infantil e adulto.

No decorrer do desenvolvimento as generalizações ficam mais complexas e produzem o aperfeiçoamento simbólico da linguagem. Do mesmo modo, processam-se a formação de conceitos que seguem até a idade da adolescência quando há a apropriação dos conceitos de maneira abstrata e, subsidiará a constituição da sua personalidade (PORTO; MARTINS, 2018; MARTINS, 2013).

A imaginação enquanto processo funcional relacionada ao pensamento, surge para resolver algum problema antes de se materializar nas ações humanas, sobre isso Sawaia e Silva (2015, p. 353) informam a concepção espinosana de imagem:

É o primeiro nível de conhecimento, a forma como experimentamos o mundo. É por meio das imagens das afecções do corpo que a mente conhece o mundo. Considerando que as imagens não são cópias dos objetos que nos afetam, não conhecemos o mundo tal qual se apresenta fisicamente, mas pela imagem que ele provoca. É por conhecer o mundo por imagens que podemos sentir com e pelo outro, criar conceitos abstratos e projetar o diferente.

O excerto explica a passagem da imagem objetiva da realidade para a unidade psicológica e, abstração dos conceitos. “A atividade imaginária precede toda e qualquer outra forma de atividade humana de natureza criativa; o que permite afirmar que, em última instância, o imaginário é o que define a condição humana do homem” (PINO, 2006, p. 49).

Vale destacar que a atividade criativa descende da experiência do sujeito, ou seja, dele próprio ou transmitida pelo outro, sendo assim, é fruto do contato direto ou indireto com a realidade objetiva por meio do processo de ensino-aprendizagem, e assim produz-se uma imagem figurativa (MARTINS; 2013; PINO, 2006).

A atividade comunicativa social é essencial para que haja a imaginação, pois está intimamente ligada à aquisição da linguagem, conexões por signos, pensamento, emoções e memória. Sendo assim, em idades iniciais a imaginação funciona de modo sincrético e por complexos, na adolescência a imaginação infantil desloca-se para formação de conceitos, representando a própria realidade abstrata.

Martins (2013, p. 241), esclarece que “a imaginação desponta como uma das principais expressões da autonomia relativa conquistada pela consciência do homem e, com ela, a possibilidade psicológica para fazer de sua história o produto de sua imaginação”.

3.1.2 O papel da vivência e do meio no desenvolvimento infantil

“A vivência deve ser entendida como a relação interior da criança como ser humano, com um ou outro momento da realidade. Toda vivência é vivência de algo. Não há vivências sem motivo, como não há ato consciente que não seja ato de consciência de algo” (VIGOTSKI, 2009, p. 6).

O fragmento acima apresenta a imbricada relação entre a vivência e o desenvolvimento da personalidade, visto que o desenvolvimento infantil ocorre, por via de regra, na relação social.

Posto isto, o modo que cada sujeito experiencia a relação com o contexto histórico cultural reflete na realidade subjetiva individual e produzirá uma vivência, com maior ou menor influência sobre a vida de cada pessoa, o que definirá os diferentes comportamentos (MARTINS, 2013).

Prestes e Tunes (2018), conceituam a vivência como unidade indivisível entre o meio, o que é externo, e os aspectos internos vivenciados pelo sujeito. As vivências afetivas são mudanças provocadas no sujeito diante da relação com objeto:

Como tal, as vivências afetivas comportam um sistema de sinais instituído por impressões, por marcas da experiência que se conservam como parâmetros, como modelos na memória em razão de seus matizes emocionais. A qualidade desses matizes advém tanto do fato de determinadas estimulações induzirem modificações fisiológicas de bem-estar ou mal-estar quanto da relação imediata entre os motivos da atividade e seus resultados para o sujeito, contendo, portanto componentes orgânicos e psicológicos (MARTINS, 2013, p. 260).

O caráter bio-social da vivência relaciona-se ao que está entre o meio e a personalidade, o modo como cada situação advinda do meio irá influenciar no desenvolvimento da criança. Relevante considerar que a criança é parte da conjuntura social, sua relação com o entorno se dá através da vivência e da atividade, ambas sustentarão o significado orientador adquirido pelo meio. Deste modo, considera-se o meio também, medida significativa interna da criança (VIGOTSKI, 2009).

“Esse movimento do exterior para o interior e do interior para o exterior da criança, o mecanismo fundamental é a transformação da significação do mundo cultural em significação para a criança” (PINO, 2010, p. 753). Logo, a vivência envolve compreender a subjetividade na relação com determinada situação e quais características particulares atuaram com maior afinco para o registro da mesma. As situações serão apreendidas de maneiras diferentes de acordo com os limites e possibilidade de compreensão sobre o sentido e o significado e não apenas dependentes do conteúdo (PRESTES; TUNES, 2018).

Pasqualini (2013), acrescenta que a atitude da criança frente a realidade altera-se a cada nova transição. Portanto, a análise de uma vivência precisar ser feita com parâmetros relativos e não absolutos (VIGOTSKI, 2009). Do mesmo modo, deve-se observar qual a relação existente entre a função em específico e o meio, quais as características que são proporcionadas para o desenvolvimento:

O meio é a fonte de desenvolvimento dessas características e qualidades especificamente humanas, em primeiro lugar, no sentido de que é nele que existem as características historicamente desenvolvidas e as peculiaridades inerentes ao homem por força de sua hereditariedade e estrutura orgânica. Elas existem em cada homem pelo fato de ele ser membro de um grupo social, ser uma unidade histórica que vive numa determinada época e em determinadas condições históricas. Consequentemente, no desenvolvimento da criança, as características e qualidades especificamente humanas surgem por um caminho um pouco diferente daquele das que são diretamente determinadas pelo curso do desenvolvimento histórico precedente do homem. No meio, existem as formas ideais desenvolvidas e elaboradas pela humanidade que deverão surgir ao final do desenvolvimento. Essas formas ideais influenciam a criança desde os seus primeiros passos no processo de domínio da forma inicial. No seu processo de desenvolvimento, ela se apropria do que antes era uma forma externa de relação com o meio ou a transforma em seu patrimônio interno (PRESTES; TUNES, 2018, p. 91).

Outra vez o que apresenta-se decisivo para a análise do desenvolvimento é a relação da criança com a sociedade (PAQUALINI, 2013). Todos esses elementos que norteiam a experiência social e as aquisições do desenvolvimento do adulto representarão a forma ideal a qual a criança irá dispor ao final do seu desenvolvimento.

3.1.3 Periodização do desenvolvimento e atividade principal da criança

A periodização do desenvolvimento infantil diz respeito as etapas que se sucedem no desenvolvimento e que foram assim registradas historicamente, importante evidenciar que elas não estão fixadas em idade cronológica. Mas, são relativas ao processo de desenvolvimento individual.

Para Abrantes e Eidt (2019), o desenvolvimento é marcado por três épocas, “primeira infância”, “infância” e “adolescência”, e cada uma delas incorpora dois períodos. A “primeira infância” constitui o “primeiro ano de vida” e “primeira infância”. A “infância” em período “pré escolar” e “idade escolar”. Na “adolescência” constituem-se “adolescência inicial” e “adolescência”.

Em que cada qual uma atividade principal guia o desenvolvimento “é então a atividade cujo desenvolvimento governa as mudanças mais importantes nos processos psíquicos e nos traços psicológicos da personalidade da criança, em um certo estágio de seu desenvolvimento” (VIGOTSKII, 2001, p. 65).

Isto é, a atividade principal conduz o desenvolvimento psíquico e subordina às demais funções que atuam de maneira secundária, essa atividade reorganiza os

processos interfuncionais e conduzem as transformação qualitativas (LEONTIEV, 2001). Vigotskii (2001), ressalta que a predominância de uma função sobre as demais, não significa que ao serem subordinadas não se desenvolverão, pelo contrário ao serem subordinadas recebem novo status no seu desenvolvimento e se reorganizam para atender um novo nível mais complexo que o anterior.

Os períodos que decorrem no desenvolvimento infantil marcam saltos qualitativos, e registram na criança um momento de crise (PASQUALINI, 2013). “A crise representa, sobretudo, um momento de virada: a criança passa de umas vivências de seu entorno a outras” (VIGOTSKI, 2009, p. 7). Essencial observar que a crise acontece devido às mudanças internas da criança equivalentes aos saltos qualitativos do desenvolvimento, nas palavras do autor:

Toda vivência está respaldada por uma influência real, dinâmica, do meio com relação à criança. Deste este ponto de vista, a essência de toda a crise reside na reestruturação da vivência anterior, reestruturação que radica na mudança do momento essencial que determina a relação da criança com o meio, isto é, na mudança de suas necessidades e motivos que são os motores de seu comportamento. O incremento e a mudança dessas necessidades e desejos é a parte [o aspecto] menos consciente e voluntário da personalidade e à medida que a criança passa de uma idade à outra, nascem nela novos impulsos, novos motivos ou, dito de outro modo, os propulsores de sua atividade experimentam um reajuste de valores (VIGOTSKI, 2009, P. 8).

Portanto, a criança em transição no desenvolvimento experimenta novas formas de educação com novas tarefas que correspondem às suas potencialidades de transformação (LEONTIEV, 2001).

Em vista desses conceitos, a periodização e atividade principal serão apresentadas em dois momentos, do primeiro ano de vida a idade pré escolar e em segundo momento à idade escolar. Cabe esclarecer que não serão expostos todos os períodos nem as suas atividades principais.

3.1.3.1 Primeira infância e a atividade humanizadora do contato com outro

Ao nascer o bebê depende totalmente da atenção e dos cuidados do outro, assim, a atividade dominante é a comunicação emocional direta com o adulto. Através das emoções o bebê tem suas necessidades atendidas pelo adulto que faz o papel

mediador para que o bebê se relacione com o “mundo”, à medida que isto ocorre a comunicação com o adulto torna-se parte da atividade. A comunicação com o adulto é condição para a humanização, a partir dela a criança registra as representações externas das situações que vivencia ao tomar contato com a realidade (PASQUALINI, 2013).

Conforme a autora, no final do primeiro ano de idade há uma mudança na qualidade da atividade principal, a criança passa a se relacionar com os objetos e a sua atividade principal torna-se a objeto manipulatória, responsável por governar o desenvolvimento neste momento. Entretanto, isso não significa que a comunicação emocional direta desapareça, ela apenas deixou de ser a atividade principal.

Neste período, a percepção afetiva é guiada pelos estímulos do meio e as emoções estão sujeitas aos objetos. Ao passo que a criança se apropria da linguagem há uma reorganização da percepção, surgem as primeiras generalizações e atribui-se significado aos objetos, o que faz dele um instrumento com função orientada socialmente (PASQUALINI, 2013). Desponta as diferenciações entre as funções psicológicas, isolando a percepção que predomina sobre as demais funções (PRESTES; TUNES, 2018).

Ao dominar a ação com objetos a criança passa do uso indiscriminado à reprodução das ações do adulto e busca se inserir neste mundo através do sentido social concedido as ações. Desenvolve-se uma nova atividade, a brincadeira de papéis, dando início a ação lúdica (PASQUALINI, 2013). Sendo assim:

“A centralidade está no mundo das pessoas, na relação criança-adulto social, ou seja, na esfera das necessidades, o que significa afirmar que o desenvolvimento do aspecto afetivo/motivacional da personalidade predomina nesse período, por meio da assimilação dos sentidos fundamentais da atividade humana” (PASQUALINI, 2013, p. 91).

Assim, a idade pré escolar possui como atividade dominante o faz de conta, isso porque a criança quer agir nas situações às quais ainda não tem domínio das operações objetivas da realidade. Nesta impossibilidade, por exemplo, de dirigir um carro, a criança passa a atuar nas brincadeiras sem a necessidade obter um resultado (LEONTIEV, 2001).

Neste período, as funções psíquicas são amplamente desenvolvidas, a memória passa a dominar as demais funções e todo o sistema se reestrutura

(PRESTES; TUNES, 2018). Isso ocorre principalmente devido às exigências internas de organização dos processos interfuncionais e externas.

A apropriação social das atividades produtivas humanas são conquistadas pela interpretação que fazem do adulto, ao brincar, e dessa forma, internalizam os padrões sociais, da mesma maneira que:

Ao escolher seu papel, deverá seguir um roteiro que a cultura lhe estabelece, com ações correspondentes às atuações das pessoas. Nesse processo, ela vai experimentando atitudes compatíveis com cada um dos personagens que imita e vai aprendendo a respeitar as restrições cognitivas e afetivas impostas pelo papel social, o que denota a qualidade histórica dos afetos, bem como a interdependência que estes mantêm com as demais funções psíquicas” (GOMES, 2013, p. 516).

Conforme exposto, através da brincadeira as crianças são guiadas às generalizações mais complexas e a consciência da realidade social apreendendo o autodomínio da conduta, quer dizer:

Isso significa que o potencial de promover desenvolvimento psíquico da brincadeira depende da riqueza do acesso ao conhecimento sobre o mundo que a criança tem (ou não). Significa que o conteúdo dos jogos dramatizados das crianças e o desenvolvimento psíquico que será conquistado por meio dessa atividade depende de suas condições de vida e de educação (PAQUALINI, 2013, P. 90).

Os interesses das crianças vão se alterando no decorrer dos jogos, tornar uma brincadeira rica em conteúdo e atrativa, forma o desejo nela para temas importantes socialmente construídos (GOMES, 2013). Deste modo, o conhecimento é a essência da brincadeira e do desenvolvimento e, será na busca pelo saber do adulto que a criança fará a transição para a idade escolar.

3.1.3.2 Idade escolar e a atividade guiada para o conhecimento

Pasqualini (2013), esclarece que a transição de uma idade para a outra requer sempre a incorporação de uma nova atividade e a predominância dela sobre a anterior. A mesma situação ocorre na idade escolar, incorpora-se à atividade de faz de conta, adquirida anteriormente, à necessidade não só da atuação do que o adulto faz, mas também, possuir o saber dele.

Então, na idade escolar a atividade dominante é a atividade de estudo, orientada à apropriação do conhecimento, que dão origem às atividades produtivas e resultam na elaboração de algum material, como os desenhos e pinturas (PASQUALINI, 2013).

Os processos intrapsíquicos estão ainda mais complexos devido às transformações sofridas pela predominância e ressubordinação das funções e na idade escolar se reestruturam com maior refinamento (PRESTES; TUNES, 2018). De acordo com Pasqualini (2013), a proposição da criança em aprender o que ainda não sabe passa a ter um propósito, um objetivo, a ser alcançado no final da atividade e isto só é possível na mediação feita pelo adulto.

Essa transição, marca a crise dos sete anos devido à criança não diferenciar os aspectos internos e externos, em consequência, ela perde a espontaneidade e age de maneira teatral e artificial, “significa que incorporamos à nossa conduta o fator intelectual que se insere entre a vivência e o ato direto, o que vem a ser o oposto da ação ingênua e direta própria da criança” (VIGOTSKI, 2009, p. 2).

O autor acrescenta a esta idade intenso desenvolvimento como a troca dos dentes e o crescimento acelerado. Os sintomas oriundos deste período, como o modo artificial de se expressar, comportamento mimado e manhoso e as palhaçadas são transitórios.

As mudanças também ocorrem internamente, são percebidas as diferenças entre os aspectos internos e externos da personalidade. É notório nessa idade a valoração da criança sobre os seus feitos e a formação do amor próprio (LEONTIEV, 2001). A criança passa a compreender por meio das vivências o significado do que se sente e age orientado por elas. Assim, as vivências são redimensionadas por meio das generalizações e pela primeira vez surge a concepção de sentimentos, entendendo o significado de estar feliz, triste ou com raiva. Nas palavras do autor:

A reestruturação de necessidades e motivos, a revisão de valores, é o momento essencial na passagem de uma idade para outra. Ao mesmo tempo se modifica também o meio, é dizer, a atitude da criança ante o meio. Começam a interessar-lhe coisas novas, surgem novas atividades e sua consciência se reestrutura, se entendemos a consciência como relação da criança com o meio (VIGOTSKI, 2009, P. 8).

A educação formal surge nesse sentido, como organizadora da práxis e canal alternativo de acesso aos conhecimentos científicos, sistematizados historicamente

pela sociedade, e que compõe parte do patrimônio cultural que constitui a existência humana (PINO, 2010). “O que permite dizer que, nessa perspectiva, a educação não é um mero “valor agregado” à pessoa em formação. Ela é constitutiva da pessoa” (PINO, 1999, p. 48).

A compreensão de conceitos na idade escolar implica no curso do desenvolvimento do pensamento como um modo de conhecer a realidade resultado do conhecimento sobre teoria e prática (PORTO; MARTINS, 2018). Para Pino (1999, p. 49), o saber liga-se ao fazer, ao agir sobre o mundo, toma-se consciência do que se faz e do que se sabe, “o saber é a palavra em ação”. Sendo assim, para o autor a educação formal é o lugar em que circula a palavra, onde as ideias são produzidas e transferidas de modo sistemático e organizado.

Para Porto e Martins (2018), essa organização lógica do conhecimento teórico é compreendida como o conceito que corresponde as relações elementares do que é o objeto, o conhecimento sobre o objeto é em essência condição para transformá-lo.

Destacamos que se apropriar conceitualmente de um objeto, ou em outras palavras, formar conceito sobre um determinado objeto, implica na realização de uma atividade adequada que reproduza no indivíduo a atividade encarnada no conceito que se pretende dominar, o que não ocorre pelo simples contato com os objetos (PORTO; MARTINS, 2018, p. 9).

De acordo com o excerto, a aprendizagem reproduzirá o processo histórico contido no objeto, ou seja, o conceito atrelado a ele, “esses sistemas conceituais habilitam a criança a lidar com formas de pensamento de natureza lógica proposicional” (PINO, 2004, p. 456). No entanto, isso será possível se for ofertado condições de ensino⁴ para que ela apreenda e se aproprie das objetivações simbólicas e possa servir-se do pensamento abstrato. Isso significa dizer, que a criança apropriar-se-á da essência dos fenômenos e não apenas da sua aparência (LAVOURO; MARTINS, 2017).

Na origem desses novos interesses voltados à atividade escolar e aprendizagem, há espaço para inserir atividades voltadas ao cuidado com a saúde oferecendo à criança condições para que ela tome contato com a realidade e torne-

⁴ A palavra “ensino” é utilizada tanto para designar a ação e as práticas de docência como os diferentes níveis e modalidades do sistema educacional. O significado etimológico do verbo “ensinar” (do latim popular *insignare*) é indicar, fazer sinal (*signum facere*) ou apontar numa direção, como o mostra o prefixo latino “in-” (PINO, 2004, p. 440).

se ativa nos cuidados consigo. Para isto, a interface entre as áreas da saúde e educação se faz importante instrumento para mediar e promover sujeitos ativos e conscientes do processo saúde-doença.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DO TEMA

4.1 Ansiedade e medo odontológico

As definições de ansiedade são concisas entre os diferentes autores e retratam em especial uma incapacidade de controle sobre as situações. Caracterizando-se por um estado afetivo gerador de angústia, apreensão, desconforto e expectativas negativas sem que haja um representante, ou seja, um objeto real ao qual temer (MARTINS *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2013; OLIVEIRA; MORAES; EVARISTO, 2012).

De origem contrária, o medo é definido pelo temor de alguma situação real que leva o sujeito a um estado de alerta (MARTINS *et al.*, 2017). Costa Junior (2002), confere à sensação de medo caráter natural motivado por situações de impotência. Peronio, Silva e Dias (2019), informam que também situações imaginárias são gatilhos para o medo, devido a isso as alterações emocionais podem variar em intensidade, como sentimentos de apreensão, mal-estar até sensações extremas de terror e pânico. A intensidade dessas reações varia de um paciente para outro e no mesmo paciente ao passar por procedimentos diferentes (MARTINS *et al.*, 2017).

Os autores acima citados, apontam que essas reações podem ser decorrentes de lembranças e experiências de origem multifatorial. Experiências anteriores de exposição a dor e medo são descritas na literatura com a causa principal para a ansiedade odontológica e por consequência o afastamento do tratamento e más condições de saúde bucal (TOMÉ *et al.*, 2019; PERONIO; SILVA; DIAS, 2019; SOUZA *et al.*, 2017).

Do mesmo modo, Sanshotene *et al.* (2017) e Souza *et al.* (2017), relacionam que a ansiedade infantil em atendimentos odontológicos são bastante comuns e

funcionam como um impeditivo ao tratamento. O medo é também fator que afasta as pessoas de procurar o tratamento devido às associações com a dor (PERONIO; SILVA; DIAS, 2019; MOTA; SANTOS; MAGALHÃES, 2012). Assim, as questões afetivas relativas ao tratamento se impõem à necessidade de cuidados com a saúde bucal.

A ansiedade odontológica tornou-se um estado de necessária atenção e tem sido estudado devido às consequências danosas. Embora se tenha o aperfeiçoamento tecnológico, a ansiedade e medo, ainda são comuns tanto em crianças quanto em adultos, sendo uma barreira significativa para as consultas regulares (MARTINS *et al.*, 2017; TOVO; FACCIN; VIVIAN, 2016; MOTA; FARIAS; SANTOS, 2012). Souza *et al.* (2017), atribui a ansiedade ao frequente cancelamento de consultas odontológicas.

Neste sentido, Pereira *et al.* (2013), mencionam que o simples fato de passar por uma ou estar em consulta pode gerar afetos ansiosos que produzem consequências físicas como a diminuição do limiar de dor, ocasionando maior sensibilidade e resistência em seguir com o tratamento, protelando ou evitando os serviços de odontologia. Doca e Costa Junior (2011), corroboram considerando a ansiedade e o medo como indicadores de sofrimento e causa do aumento da dor sentida que dificultam a realização dos procedimentos.

Gaudêncio *et al.* (2000), discorrem que o nível de ansiedade depende de como o sujeito avalia e enfrenta a situação, sendo que quanto maior for o entendimento de ameaça de determinada circunstância menor o controle do estresse provocado. As associações feitas ao atendimento odontológico com ansiedade, estresse e dor são manifestadas pelas crianças quando não possuem elementos de verbalização das emoções, expressas através do choro, resistência em permitir a realização dos procedimentos e por vezes vômito (TOVO; FACCIN; VIVIAN, 2016).

De acordo com Martins *et al.* (2017, p. 43), a ansiedade “é influenciada por aspectos internos do indivíduo, o ambiente em que ele vive e às condições do atendimento que é submetido”. Os autores apontam alguns sinais e comportamentos que demonstram a resistência frente ao tratamento, sendo eles queixa verbal, aumento da pressão arterial e taquicardia, formigamento nas extremidades, midríase, transpiração excessiva, palidez na pele, inquietação entre outros.

As experiências dos pais e as associações feitas em relação ao tratamento em saúde bucal podem ser identificadas pela criança e produzir ansiedade. Tovo, Faccin e Vivian (2016), abordaram as influências causadas pelos familiares, como características de superproteção, que podem interferir no atendimento. Neste sentido, Santos *et al.* (2017), avaliam a ocorrência de ansiedade entre pais e filhos, conferindo à efetividade do tratamento na relação estabelecida entre profissionais pais e ou responsáveis e paciente.

A maturidade emocional e aspectos da personalidade da criança também são questões importantes e necessárias para se considerar. Em situações desconhecidas como procedimentos e técnicas invasivas, as manifestações de ansiedade e medo são comuns. Sendo assim, conhecer os aspectos do desenvolvimento infantil tornam-se instrumentos importantes para o manejo com o paciente (TOVO; FACCIN; VIVIAN, 2016), durante os procedimentos em saúde.

A adesão ao tratamento infantil tem resultados satisfatórios a partir do estabelecimento de uma relação de confiança entre paciente e profissional que atenda as questões individuais (TOVO; FACCIN; VIVIAN, 2016). Mota, Farias e Santos (2012), apresentam as relações interpessoais como fundamentais para o tratamento, compreendendo o ser a quem se trata e não apenas a sintomatologia, ou seja, a expressão humana nos vínculos sociais.

Bark *et al.* (2018) e Lamha e Costa (2012), discorrem que o atendimento odontológico norteado apenas no tecnicismo não é suficiente para promover uma abordagem de excelência, apontando à necessidade de uma prática integral que considere as características biológicas, psicológicas e sociais do humano. Do mesmo modo Mota, Farias e Santos (2012, p. 152), consideram a importância de “atitude empática do dentista, seu respeito às queixas e sentimentos do paciente e a explicação clara dos procedimentos que serão realizadas podem minimizar e até suprimir a ansiedade do paciente”.

Em vista disso, propor abordagens adequadas à idade e com a capacidade de elaboração subjetiva em lidar com as emoções, ao gênero, aos aspectos familiares, condição socioeconômica e estado geral de saúde, são responsabilidades dos profissionais envolvidos (TOVO; FACCIN; VIVIAN, 2016). Concebendo a questão exposta como multifatorial, o diálogo entre odontologia e psicologia possibilita canais

alternativos de aproximação teórica e intervenções concisas, sobre isto Barreto, Barreto e Correa expõem:

Os odontopediatras lidam em suas atividades com muitos desafios de cunho psicológico. Deparam-se com fobias, não cooperação de pacientes, dinâmicas familiares complexas, questões referentes à oralidade, à amamentação, aos hábitos de sucção, à maternagem, à sexualidade, à agressividade, entre outros (BARRETO; BARRETO; CORREA, 2015, p. 83).

A compreensão das características infantis do desenvolvimento são entendidas de maneiras diferentes para a psicologia e odontologia, assim a práxis estabelecida entre as especialidades pode ampliar as diretrizes sobre as intervenções (TOVO; FACCIN; VIVIAN, 2016).

Para os referidos autores, odontopediatria enquanto especialidade tem por seus principais objetivos a prevenção, diagnóstico e tratamento de bebês, crianças e adolescentes, considerando a educação em saúde bucal e interface com outras áreas da saúde. Quanto ao que diz respeito à psicologia aplicada à odontopediatria o objetivo central é a intervenção considerando as questões psicossociais no tratamento e reabilitação em saúde bucal, buscando prevenir e viabilizar o enfrentamento aos procedimentos, promover e manter a saúde individual (COSTA JUNIOR, 2002).

Conforme Tovo, Faccin e Vivian (2016), há no campo da odontopediatria diferentes níveis de atenção à saúde que se enlaçam com questões que envolvem dinâmicas relacionais. Sendo assim, a interface entre odontologia e psicologia promove um cenário interdisciplinar para a compreensão dos processos de saúde e doença, sobre as possíveis dimensões da realidade e das inter-relações estabelecidas pelos sujeitos. E ainda para os autores, uma atuação que produz experiências mais complexas e enriquecedoras da prática profissional no atendimento clínico em odontopediatria.

A fim de proporcionar melhores condições de saúde Mota, Farias e Santos (2012), observam a crescente preocupação com a humanização dos atendimentos. “Nota-se a relevância do acolhimento humano quando se delibera sobre o atendimento odontológico de qualidade” (BARK *et al.*, 2018, p. 106). Isto posto, humanizar o atendimento é proporcionar atenção permanente compreendendo os medos, angústias e incertezas. Conferindo um espaço que apreenda as dimensões subjetivas no atendimento em saúde (BARK *et al.*, 2018).

4.2 Preparação psicológica

O acolhimento inicial da criança é fundamental para estabelecer vínculos que serão essenciais ao atendimento clínico e cirúrgico, priorizando à atenção biopsicossocial ao paciente com vistas à humanização (BRASIL, 2011). Compreende-se a infância enquanto processo de construção do ser em que é necessário que se mantenha a relação afetiva com o outro, os pais, para se desenvolver. Assim como, é nesta relação que a criança irá amparar-se para elaborar o adoecimento e significar o sofrimento (MACHADO; JESUS; FILGUEIRAS, 2008).

A partir desta concepção, o preparo psicológico da criança e seus pais para intervenções cirúrgicas ou invasivas se faz importante para tornar os envolvidos receptivos ao tratamento, promovendo o engajamento familiar no cuidado (BRASIL, 2011). Visto que o adoecimento da criança envolve toda a família, tornando-se um momento de medo, insegurança, estresse e sensação de perda do controle (BROERING *et al.*, 2018; BROERING; CREPALDI, 2018; 2011).

Nesse sentido, as intervenções implicam em uma abordagem multiprofissional que atenda os elementos psicossociais do paciente e da família (BROERING; CREPALDI, 2018). Para tal, a preparação psicológica se configura em um conjunto de instrumentos, técnicas e procedimentos de intervenção que podem ser utilizados com pacientes e familiares em situação de exposição aos procedimentos cirúrgicos ou invasivos (DOCA; COSTA JUNIOR, 2007).

Araújo e Arraes (2001), caracterizam como uma estratégia planejada que se propõe a diminuir a ansiedade, a dor, facilitar a recuperação e auxiliar o paciente na elaboração psíquica dos procedimentos que será submetido. Deste modo, o preparo psicológico irá mediar as questões psicoafetivas e reduzir possíveis impactos danosos à saúde mental. Broering e Crepaldi (2018), apontam a importância do preparo para que os processos psicológicos decorrentes do procedimento não comprometam a própria recuperação do paciente.

A criança ao ser submetida ao preparo psicológico passa a conhecer o que é a doença, a cirurgia e a importância de colaborar para a sua recuperação (BROERING; CREPALDI, 2018). Além disso, as orientações auxiliam para a diminuição da ansiedade em relação ao adoecimento e na recuperação adequada

(BRASIL, 2011). A intervenção psicológica, propõe-se a auxiliar o paciente a experienciar o tratamento com mais tranquilidade (SECCO *et al.*, 2017).

Machado, Jesus e Filgueiras (2008), consideram ainda que o preparo assume um papel importante em situações de adoecimento e hospitalização, uma vez que é oferecido ao paciente um espaço para que possa expressar suas inseguranças, fantasias e medos, além de o psicólogo poder mediar as relações entre paciente, família e profissionais estabelecendo um sentimento de confiança entre os envolvidos, em razão disso, os impactos do diagnóstico e tratamento podem ser diminuídos.

Para que isto seja possível, Lamha e Costa (2012), indicam a necessidade de dispor de instrumentos que sejam de domínio da criança e que auxiliem no enfrentamento para reduzir os danos no desenvolvimento (PESSOA *et al.*, 2018). A exemplo disso, a intervenção lúdica propicia a prevenção da saúde mental, reduzindo o estresse e ansiedade (MACHADO; JESUS; FILGUEIRAS, 2008), possibilitando a expressão de sentimentos, receios, hábitos, preferências, ainda a elaboração de experiências desagradáveis e desconhecidas. Permite também a mediação entre mundo interno e externo (LAMHA; COSTA, 2012).

Deste modo, o brincar é reconhecido como técnica terapêutica para a elaboração de momentos específicos das vivências da criança e contribuem para a continuidade do desenvolvimento infantil (LAMHA; COSTA, 2012). Oliveira (2014), defende a humanização da prática em odontopediatria considerando as expressões subjetivas da criança em que a atividade lúdica é fundamental para o atendimento, e contribui para a qualidade dos procedimentos.

O brinquedo terapêutico como técnica para o preparo psicológico atua como mediador para dar significado às experiências dolorosas, reduz o estresse, permitindo identificar os sentimentos e expor as emoções (PESSOA *et al.*, 2018). Oliveira (2014), explana sobre a prática no atendimento em odontopediatria aliado às técnicas lúdicas, afirmando ser este umas das formas mais eficazes na relação com a criança capaz de envolvê-la nos procedimentos e cuidados bucais.

Tendo em vista, que as doenças bucais são uma questão de saúde pública por apresentar alta prevalência, como também, tornam-se causadoras de impactos individuais e coletivos ao que se refere a dor, desconforto e limitações sociais e funcionais que afetam a qualidade de vida do indivíduo (PESSOA *et al.*, 2018). Em decorrência destas implicações pesquisas tem demonstrado interferência nos

cuidados com a saúde bucal devido à ansiedade causada pelo tratamento odontológico (BOTTAN; LEHMKUHL; ARAÚJO, 2007; HASS; OLIVEIRA; AZEVEDO, 2016; MARTINS *et al.*, 2017; MURRER; FRANCISCO; ENDO, 2014; SANSHOTENE *et al.*, 2017; SOARES *et al.*, 2015).

Correlato a isso, estudos realizados com crianças submetidas aos procedimentos cirúrgicos e invasivos têm demonstrado a relevância do preparo psicológico para a redução da ansiedade, com resultados positivos no que se refere ao aumento da adesão ao tratamento e melhores condições de recuperação (EBAID; ANDREIS, 1990; GAUDÊNCIO, *et al.*, 2000; SANTOS; NEME; TAVAMO, 2000; SOARES; BOMTEMPO, 2004; MACHADO; JESUS; FILGUEIRAS, 2008; MACHADO *et al.*, 2011; BROERING; CREPALDI, 2018; BROERING *et al.*, 2018).

4.3 Brinquedo terapêutico instrucional

O brinquedo terapêutico (BT), é reconhecido como técnica do profissional de enfermagem, mediante à Resolução de nº 546, de 9 de maio de 2017 que atualiza as normas do seu uso pela equipe na assistência à criança hospitalizada no Brasil.

Configura-se em uma técnica de intervenção estruturada, com objetivo de diminuir a ansiedade e o medo infantil diante de situações desconhecidas e ameaçadoras e, para reduzir a possibilidade de traumas decorrentes das vivências (PESSOA *et al.*, 2018). Silva *et al.* (2017), corroboram sobre a relevância do brinquedo para aliviar tensões e ansiedade causadas por situações incomuns à sua idade.

O BT, oferece para a criança um canal alternativo, para que possa dizer em palavras ou não verbalmente sobre seus medos e preocupações. Tendo como propósito possibilitar a percepção da criança sobre tais sentimentos em situações desconhecidas, como situações de adoecimento (GREEN, 1974).

Isto posto, Maia, Melo e La Banca (No prelo), compreendem a técnica como uma intervenção para além do brincar, sendo indicada para resolver ansiedades relacionadas com a hospitalização em casos clínicos e cirúrgicos, auxiliando na preparação para tais procedimentos (OLIVEIRA *et al.*, 2015). Rocco e Santos (2016), ponderam ainda, que através da brincadeira a criança expressa suas fantasias, desejos e experiências de maneira simbólica.

Pessoa *et al.* (2018), acrescentam que o BT, favorece a relação entre a equipe e o paciente, pois possibilita a expressão por meio da representação lúdica (ROCCO; SANTOS, 2016). No decorrer da dramatização a criança pode identificar outras formas de se relacionar com as angústias e medos (PESSOA *et al.*, 2018; SILVA; SANTOS; FLORIANO, 2017; VIERA, 2010). Sendo que, a criança repete ao brincar as situações mais complexas de suas vivências, assim se tornam sujeitos ativos de ocasiões em que sofrem passivamente (OLIVEIRA, 2014).

Oliveira *et al.* (2015), conceituam que o cuidado atraumático com a criança perpassa o conceito de humanização, que envolve a eficiência técnica e científica associada aos valores éticos, respeito e solidariedade, em que se valoriza a vida humana de forma acolhedora e sem que seja feito juízo de valor. Os autores, ainda relacionam a atuação ao princípio de integralidade. Deste modo, o atendimento integral se dá por meio da percepção das necessidades individuais emocionais, sociais, integrando técnicas apropriadas, como o brinquedo (BRASIL, 2011).

Maia, Melo e La Banca (No prelo), descrevem que o BT, dispõe de algumas modalidades, dentre elas, o Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI), que tem como propósito a promoção do bem estar emocional da criança por meio da aprendizagem. Consiste então, em estratégias educativas com o objetivo de elucidar conceitos equivocados e sentimentos, como o medo, sobre situações vivenciadas nos serviços de saúde. Assim, possibilita-se que a criança tenha acesso às informações e possa elaborá-las, de maneira a adquirir uma nova percepção.

Para a aplicação da técnica é necessário a organização prévia dos materiais relacionados à intervenção pela qual passará a criança. Deste modo, o brinquedo, o boneco, deverá ter as características que permitam a simulação do procedimento. Inicialmente, orienta-se o responsável sobre os objetivos da técnica e a criança é convidada para participar da sessão de BTI, e pode optar pela presença do responsável, são apresentados os brinquedos e materiais e informados que ao final estes serão recolhidos. Em seguida, a técnica é demonstrada, para isto, conta-se uma história semelhante ao que a criança será submetida, evidenciando os motivos do procedimento e como são realizados. Após, é oferecido o brinquedo para que a criança faça no boneco o que escutou da história utilizando os materiais da demonstração. Ao final, recolhe-se os brinquedos e materiais e a sessão é registrada (MAIA; MELO; LA BANCA, no prelo).

Oliveira *et al.* (2015, p. 22), “para a criança, brincar é uma atividade essencial ao bem-estar físico, emocional, mental e social, uma necessidade de desenvolvimento que não cessa quando ela adoece ou é hospitalizada”. A criança passa a dramatizar com o brinquedo os sentimentos que ele não consegue verbalizar por questões do próprio desenvolvimento cognitivo, deixando emergir seus medos e anseios ao assumir papéis diferentes, sejam eles dos familiares ou profissionais (SILVA *et al.*, 2017).

Logo, a intervenção com BT, auxilia no vínculo entre paciente, familiares e equipe de saúde, sendo propulsora para o desenvolvimento de maneira segura e autônoma (MAIA; MELO; LA BANCA, no prelo). Portanto, “o que se conclui é que, por meio do brincar, a intersubjetividade infantil, advinda das diferentes relações, são expressas. Através do lúdico a criança comunica o desejo de ser ouvida, em seu sintoma, em seu conflito, em seu desejo” (ROCCO; SANTOS, 2016, p. 95).

5. METODOLOGIA

5.1 Considerações éticas

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos descritos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. Para isto, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Unioeste, mediante parecer consubstanciado 3.058.363 (ANEXO A). Por tratar-se de estudo clínico atende, também, a resolução da ANVISA - RDC 36, de 27 de junho de 2012, em que resolve sobre o registro da pesquisa clínica na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), mediante número de registro RBR-2t5j87.

Os dados foram coletados mediante a assinatura dos pais e ou responsáveis no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A-B), em que

autoriza a própria participação e outro termo, de igual conteúdo, em que consente a participação da criança. Além disso, as crianças manifestaram o assentimento no Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (APÊNDICE C).

Os pacientes com demanda para atendimento sistemático de psicoterapia foram referenciados à UBS para os devidos encaminhamentos.

5.2 Caracterização da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida a partir do delineamento do Estudo Clínico Randomizado (ECR) e prospectivo, tipo cego, com análise quantitativa e qualitativa dos dados e técnicas aplicados.

Os ensaios clínicos são descritos por Oliveira e Parente (2010) e Souza (2009) como ferramenta valiosa de intervenção e avaliação da eficácia das ações em saúde. Neste campo de investigação é possível compreender quais os efeitos da intervenção realizada, a sua qualidade e por ser prospectivo também propõe uma análise e discussão sobre o que se produziu (OLIVEIRA; PARENTE, 2010).

Para isto, os participantes da pesquisa foram alocados em grupos que receberam intervenções distintas. Para minimizar a possibilidade de produção de vieses de pesquisa o estudo clínico possibilita a randomização simples dos sujeitos pesquisados, de forma aleatória (OLIVEIRA; PARENTE, 2010; ESCOSTEGUY, 1999).

A randomização dos grupos assegura que todos os participantes tenham a mesma chance de serem selecionados para grupos distintos. Nesta direção, os riscos de influências na produção de vieses de pesquisa sobre as relações de causa e efeito são diminuídas em comparação aos demais delineamentos de pesquisa (SOUZA, 2009). Do mesmo modo, os grupos não são informados sobre a diferença entre eles, considerando-os “cegados” (NEDEL; SILVEIRA, 2016). Para Escosteguy (1999), a técnica do cegamento corrobora para a diminuição no viés de pesquisa, pois o paciente ao ter conhecimento sobre a intervenção pode mudar seu comportamento em detrimento da finalidade da pesquisa.

Sendo assim, a seleção dos sujeitos ocorreu mediante números gerados aleatoriamente, por meio do programa Microsoft® Office Excel versão 2013. Sendo que estes foram pareados entre os grupos, isto implicou na análise da distribuição

equivalente dos pacientes entre os grupos no que se refere à idade e sexo (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

De acordo com Minayo (1994, p. 22), o conjunto quantitativo e qualitativo “se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente”. Para isto, o método quantitativo busca objetivar os dados, enquanto a análise qualitativa tem por objetivo compreender o significado resultante da investigação.

A pesquisa foi realizada em duas etapas, primeiro, com a coleta dos dados quantitativos através dos questionários escalas DAS, aplicada nos pais e ou responsáveis, e CFSS-DS, para avaliação do medo e ansiedade infantil. Na segunda etapa, a coleta qualitativa foi feita mediante intervenção com o BTI, em que foram observadas e registradas em diário de campo a protagonização das crianças com o BTI.

A investigação qualitativa, fundamentou-se no método de análise de conteúdo de Bardin (2004, p. 99), “fazer a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido”. Ou seja, são separadas as falas por temáticas que representam uma significação de ordem psicológica.

Na pesquisa, as unidades temáticas foram separadas seguindo a sequência da proposta de intervenção e, a partir da aparição de significados que se relacionavam ao objetivo do estudo.

5.3 Instrumentos de coleta de dados

5.3.1 Instrumento de coleta de dados socioeconômicos

O instrumento de coleta de dados socioeconômicos produzido pela pesquisadora, teve como objetivo caracterizar a amostra. Para isto, utilizou-se de questionário, no qual, abarcavam os seguintes eixos: *Dados de identificação*: nome, data de nascimento, idade e sexo; *Informações sobre o desenvolvimento*: dificuldade de aprendizado; deficiência cognitiva ou deficiência física; *Antecedentes clínicos*:

consulta prévia ao dentista; procedimentos realizados; aceitação do tratamento e interrupção do mesmo; tratamento psicológico prévio e motivo; uso de psicotrópico; *Dados do responsável*: nome; parentesco; idade; sexo; escolaridade; ocupação (APÊNDICE E).

5.3.2 Check-list sinais e sintomas de ansiedade e medo odontológico

Trata-se de um instrumento que tem por objetivo avaliar se o paciente está colaborativo durante o atendimento. Para tanto, foram observados, sinais e sintomas de ansiedade e medo odontológico descritos na literatura, tais como: manifestação verbal; choro; recusa em abrir a boca; tentativa de evitar o tratamento; vômito; agressividade. Adaptado de Cardoso e Loureiro (2005) (APÊNDICE F).

5.3.3 Diário de campo

Durante a intervenção e o procedimento de profilaxia foram realizados registros em diário de campo com as falas dos pacientes e manifestações sobre o que estava vivenciando e outras informações que emergiam da experiência. Minayo (1994), descreve que as informações contidas no diário de campo são aquelas que o instrumento formal de entrevista não abarca. Na pesquisa, utilizou-se livro ata para o registro das informações.

5.3.4 *Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale* para avaliação do medo e ansiedade ao tratamento odontológico em crianças (CFSS-DS)

A sub-escala para avaliação do medo e ansiedade ao tratamento odontológico em crianças (CFSS-DS) (Anexo B), é um instrumento psicométrico, fundamentado no modelo proposto por Scherer e Nakamura em 1968, nomeado *Fear Survey Schedule for Children* (FSS-FC). Cuthbert e Melamed em 1982, acrescentaram ao modelo inicial itens específicos sobre o medo odontológico produzindo uma escala eficaz (BARBÉRIO, 2017).

A escala é dividida em quatro eixos relacionados aos fatores de ansiedade e medo odontológico, tendo em vista aspectos gerais menos invasivos, aspectos médicos, de perfuração e medo de estranhos. O instrumento é composto por 15 perguntas relacionadas com o sentimento de medo ao serem atendidos e expostos a situações comuns do tratamento (BARBÉRIO, 2017).

As alternativas são representadas pela escala tipo *Likert* com cinco possibilidades relativas a probabilidade de ocorrência de ansiedade e medo sobre cada circunstância exposta (CUTHBERT; MELAMED, 1982). Estes níveis são medidos em uma escala de 1 a 5, sem nenhum medo e muito medo, respectivamente. Podendo variar entre 15 a 75 pontos, considerando os valores menores a 31 pontos com baixa ansiedade e medo, de 31 a 38 pontos, considerado como nível médio e maiores de 38 seria com ansiedade odontológica (BARBÉRIO, 2017).

A versão brasileira do instrumento foi validada por Barbério (2017), para tanto o instrumento foi aplicado em pacientes de 8 a 15 anos de idade em uma amostra aleatória de 136 pacientes da cidade de Bauru (São Paulo). Conforme o autor, a validade foi examinada pela comparação com os resultados da escala de Frankl, comprovadamente instrumento válido e confiável. A consistência interna foi medida através do alpha de Cronbach na amostra total obtendo coeficiente de 0,87 para a versão brasileira do questionário.

Barbério (2017), conclui ser uma ferramenta confiável e válida e conclui ser um dispositivo importante de identificação da criança com ansiedade, e as demandas de orientação sobre o comportamento para o atendimento odontológico, além da necessidade de encaminhamento para serviços especializados.

5.3.5 Escala de ansiedade odontológica de CORAH (DAS)

Desenvolvido por Norman L. Corah em estudo inicial publicado em 1968, a Development of a Dental Anxiety Scale ou Escala de Ansiedade odontológica de CORAH (DAS), é um instrumento de avaliação da ansiedade dos pais de crianças em tratamento odontológico, com o objetivo de analisar as questões subjetivas relacionadas a consulta ao dentista (TORRIANI *et al.*, 2008).

Corah (1968), demonstram a validade e confiabilidade do questionário, associando com menores possibilidades de vieses nas respostas. A pesquisa

publicada pelo autor em 1978, *Assessment of a dental anxiety scale*, e apresenta confiabilidade, validade e utilidade da aplicação do questionário em pacientes que passarão por tratamento odontológico.

Para os referidos autores, a análise dos resultados possibilita duas importantes percepções ao profissional no manejo com o paciente. Primeiro, permite compreender o nível de ansiedade e, a partir disso, o dentista pode utilizar de medidas alternativas para auxiliar no alívio do sintoma (CORAH; GALE; ILLIG, 1978). Tais medidas, podem tornar o tratamento menos danoso ao paciente e assegurar ao profissional condições para o trabalho, em razão de que pacientes mais ansiosos se posicionam de maneira negativa frente a terapêutica, dificultando as intervenções (CORAH; GALE; ILLIG, 1978).

O questionário compreende uma escala psicométrica composta por quatro questões de múltipla-escolha relacionadas ao tratamento odontológico. Interroga-se sobre a maneira de como o sujeito se sente nos momentos que antecedem a consulta ao dentista e os procedimentos (TORRIANI *et al.*, 2008). São cinco as alternativas de respostas para cada questão estruturada em Escala *Likert*.

Para a somatória dos pontos, o número da alternativa selecionada equivale ao valor (nível de ansiedade). Desta maneira, as respostas são quantificadas em escores de quatro a vinte, sem ansiedade até ansiedade extrema (CORAH, 1968).

A versão brasileira da escala foi adaptada transculturalmente por Torriani *et al.* (2008). Eles utilizam a metodologia de Góes que dispõem sobre as etapas de tradução do instrumento original para a língua portuguesa, retrotradução, avaliação do comitê, adaptação cultural, validação de face e de conteúdo (ANEXO C).

Para Corah, Gale e Illig (1978), e Torriani *et al.* (2008), a escala é considerada válida, confiável, de fácil aplicação e integração nas atividades em clínicas e pesquisas, capaz de estabelecer a correlação nos níveis de ansiedade entre pais e filhos.

5.4 População, amostra e período do estudo

A amostra foi composta por crianças, de ambos os sexos, com idade de oito e nove anos e seus pais e ou responsáveis. Estas aguardavam atendimento, em fila de espera, na Clínica Odontológica da Universidade Estadual do Oeste do Paraná -

UNIOESTE – Clínica de Odontopediatria, e passaram por um atendimento de triagem⁵ no referido serviço, no período de junho à novembro de 2019.

Utilizou-se o programa G*Power 3.1.9.2 para o cálculo amostral, o mesmo apresentou tamanho de efeito 0.4 e poder de teste 0.95 com nível de significância de 0.05, com número de participantes para compor a amostra de 26 crianças.

Para o estudo, foram observados os critérios de exclusão: não ter deficiência física ou cognitiva, idade igual a oito ou nove anos. Com aceite em participar do estudo, os pais e ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A-B), e as crianças, assinaram o termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE – Apêndice C).

Os pacientes foram divididos em dois grupos, cada um com 13 participantes, foram eles: intervenção (GI), e grupo controle (GC).

5.5 Randomização

A partir dos registros da triagem, fez-se contato telefônico convidando os pais e ou responsáveis e as crianças para participação da pesquisa. A fala durante a ligação foi previamente padronizada e sempre realizada pela pesquisadora, para seguir as mesmas orientações e esclarecimentos sobre a pesquisa. No contato telefônico, os pais e ou responsáveis eram esclarecidos sobre a natureza do programa de Pós-graduação e pesquisadores envolvidos, informados sobre os objetivos e metodologia a serem utilizados na pesquisa e posteriormente ofertados horários para agendamento para o procedimento odontológico de acordo com a disponibilidade da clínica de odontopediatria da Unioeste. Novo contato telefônico foi feito pela pesquisadora, um dia antes da data agendada para confirmação do atendimento.

A agenda com datas e horários foi organizada mediante disponibilidade da instituição, acadêmicos e professores/preceptores da odontopediatria, que realizaram o procedimento odontológico de profilaxia (procedimento realizado em todos os participantes). Participaram dos procedimentos cinco acadêmicos do 5º ano do curso de odontologia, devidamente calibrados e supervisionados por seus preceptores, os

⁵ Atendimento inicial com objetivo de avaliar às condições e necessidades do paciente para posteriormente serem chamadas para iniciar o tratamento.

mesmos realizaram o atendimento em duplas conforme preconizado pela disciplina. Os atendimentos foram feitos individualmente, estando presentes no consultório apenas a criança, seu responsável, a pesquisadora e os colaboradores da odontologia acima referidos.

Os grupos foram formados de acordo com a disponibilidade de horário dos sujeitos de pesquisa, horários previamente disponíveis pela instituição e randomização. Os sujeitos de pesquisa foram pareados em idade e sexo para que houvesse uma distribuição igual entre os grupos.

O primeiro participante foi randomizado no GC, com tempo de 30 minutos para apresentação e assinaturas nos termos TCLE e TALE, aplicação do pré-teste, profilaxia e aplicação do pós-teste. Os sujeitos randomizados no GI, tiveram 1 hora e 10 minutos para a apresentação e assinaturas nos termos, aplicação do pré-teste, intervenções (apresentação do consultório, materiais e instrumentos e aplicação do BTI), e pós-teste. Sendo, os próximos participantes randomizados da mesma maneira e com a mesma carga horária.

5.6 Kit de preparação para o procedimento odontológico

O kit foi elaborado para facilitar a percepção das crianças sobre os procedimentos aos quais foram submetidos de acordo com a técnica do BTI. Seguindo as etapas de preparação do material para a intervenção, Maia, Melo, La Banca (2019):

1. Planejamento e criação da história “Tigrão vai ao dentista”, revisado por um odontopediatra e um psicólogo especialista em desenvolvimento infantil (APÊNDICE D);
2. Organização do material odontológico: pinça clínica, sonda exploratória, escavador, escova de dentes, escova Robinson de profilaxia e boneco com arcada macro (modelo: pelúcia com macro arcada pet – Tigrão).

Conforme imagens a seguir:

Figura 1. Boneco com arcada macro “Tigrão”



Fonte: a autora, 2019.

Figura 2. Boneco com arcada macro “face”



Fonte: a autora, 2019.

Figura 3. Kit odontológico



Fonte: a autora, 2019.

5.7 Intervenção

Os procedimentos de preparo psicológico e odontológico, foram realizados na Clínica de Odontopediatria da Unioeste, observando o sigilo e local adequado conforme orientado por Maia, Melo e La Banca (No prelo). Utilizou-se uma das clínicas, na qual não havia fluxo de outros profissionais e ou pacientes.

Todos os participantes foram recepcionados pela pesquisadora e direcionados à referida clínica. As crianças e seus responsáveis foram recebidas sendo chamados pelos seus nomes, com apresentação da pesquisadora e dos colaboradores da odontologia. Tal condução fundamenta-se na importância do vínculo na interação entre o profissional e o paciente uma vez que a criação deste vínculo sustenta e possibilita uma visão ampliada para compreender as especificidades do atendimento com cada paciente (MARCHIONI, 2002). O vínculo representa uma estrutura complexa que ocorre entre duas pessoas de maneira recíproca a partir da comunicação e aprendizagem (PICHÓN RIVIÈRE, 1998).

No consultório, foram apresentados os TCLE e TALE, e orientados sobre os objetivos, metodologia, riscos e benefícios, sigilo e privacidade, autonomia,

ressarcimento e indenização. Este procedimento foi direcionado para ambos, responsáveis e crianças, sendo que elas foram estimuladas a falar sobre o que conheciam a respeito de pesquisa e após as explicações necessárias acerca de seu assentimento, coletadas as assinaturas.

Solicitou-se os dados pessoais e informações sobre consultas anteriores aos serviços de odontologia e psicologia, e dados pessoais dos pais e ou responsáveis, em questionário previamente elaborado (APÊNDICE E). Em seguida, foram aplicados os questionários pré-teste, Escala de ansiedade odontológica de CORAH, nos pais e ou responsáveis, assim como, a aplicação da escala CFSS-DS, nas crianças.

Os procedimentos acima descritos foram aplicados tanto no GC, quanto no GI.

As crianças do grupo GC, foram direcionadas para o atendimento odontológico e submetidas a profilaxia de acordo com os fundamentos e técnicas da clínica odontopediátrica, empregando a técnica do falar-mostrar-fazer: preconizado pela disciplina. Os pais e ou responsáveis foram convidados a aproximar-se da cadeira do dentista, acompanhando o procedimento. Durante o atendimento, os colaboradores dialogavam com os participantes, questionando sobre hábitos de higiene bucal e andamento do procedimento. Posterior, tanto os pais quanto às crianças foram informadas sobre a condição de saúde bucal e cuidados necessários. Ao término os participantes responderam os questionários (autoaplicados) DAS, e CFSS-DS, caracterizando-se como pós-teste.

No grupo GI, os pacientes foram recepcionados conforme descrito anteriormente, aplicados os questionários pré-teste e, realizadas as intervenções. Assim, apresentou-se o consultório (cadeira odontológica; foco de luz; mesa auxiliar odontológica; balcão com pia para higiene das mãos), os materiais e instrumentos que eram utilizados, as crianças puderam pegar os instrumentos, tirar suas dúvidas. Durante toda a apresentação foram estimuladas a falar livremente sobre suas experiências e curiosidades.

Após, realizou-se a intervenção com o BTI, inicialmente foi apresentado o boneco terapêutico “Tigrão”, e oferecido para a criança caso quisesse segurá-lo, contou-se a história “Tigrão vai ao dentista”, durante a narração eram feitas associações entre o que estava em curso na história com o que a criança estava experienciando (as semelhanças do ambiente, dos materiais e instrumentos, da

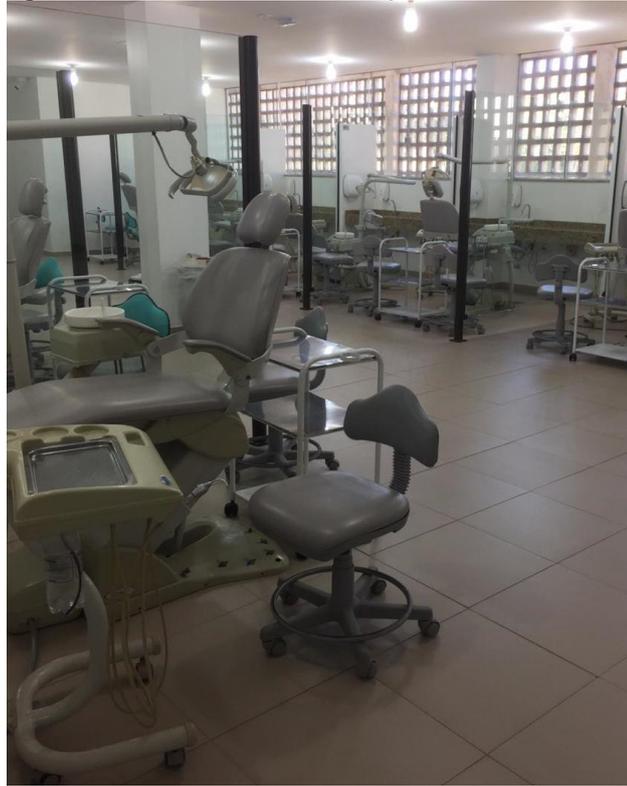
vestimenta, itens de segurança e higiene, da relação estabelecida entre o personagem principal e o dentista, as orientações recebidas para o procedimento e cuidados com a saúde bucal), mais uma vez, as crianças eram estimuladas a falar abertamente.

Ao término da apresentação tinham espaço para falar sobre o que acharam da história. Então, eram convidados a ser o dentista e tratar os dentes do “Tigrão”, os acadêmicos auxiliavam os pacientes com os materiais e instrumentos quando solicitado e dialogavam sobre a situação de saúde bucal do boneco. À medida em que as crianças questionavam ou apontavam para algo que precisasse ser feito nos dentes do boneco, os acadêmicos esclareciam e demonstravam a maneira correta de higiene. Também, foram estimulados a expressar suas ideias e reações diante da atividade. A protagonização teve o tempo limite de 30 minutos, ao se aproximar do final deste tempo eram avisadas o quanto faltava para encerrar a atividade.

Logo após, foram questionadas se estavam preparadas para fazer à profilaxia, usou-se o método falar-mostra-fazer. No decorrer do procedimento, às crianças foram orientadas a esclarecer suas dúvidas e fazer comentários sempre que quisessem, também foram estimuladas pelos acadêmicos a falar sobre os seus cuidados com a higiene bucal.

Por fim, assim como o GC, receberam orientações sobre a situação de saúde bucal e respondiam o pós-teste.

Figura 4. Clínica de Odontopediatria Unioeste



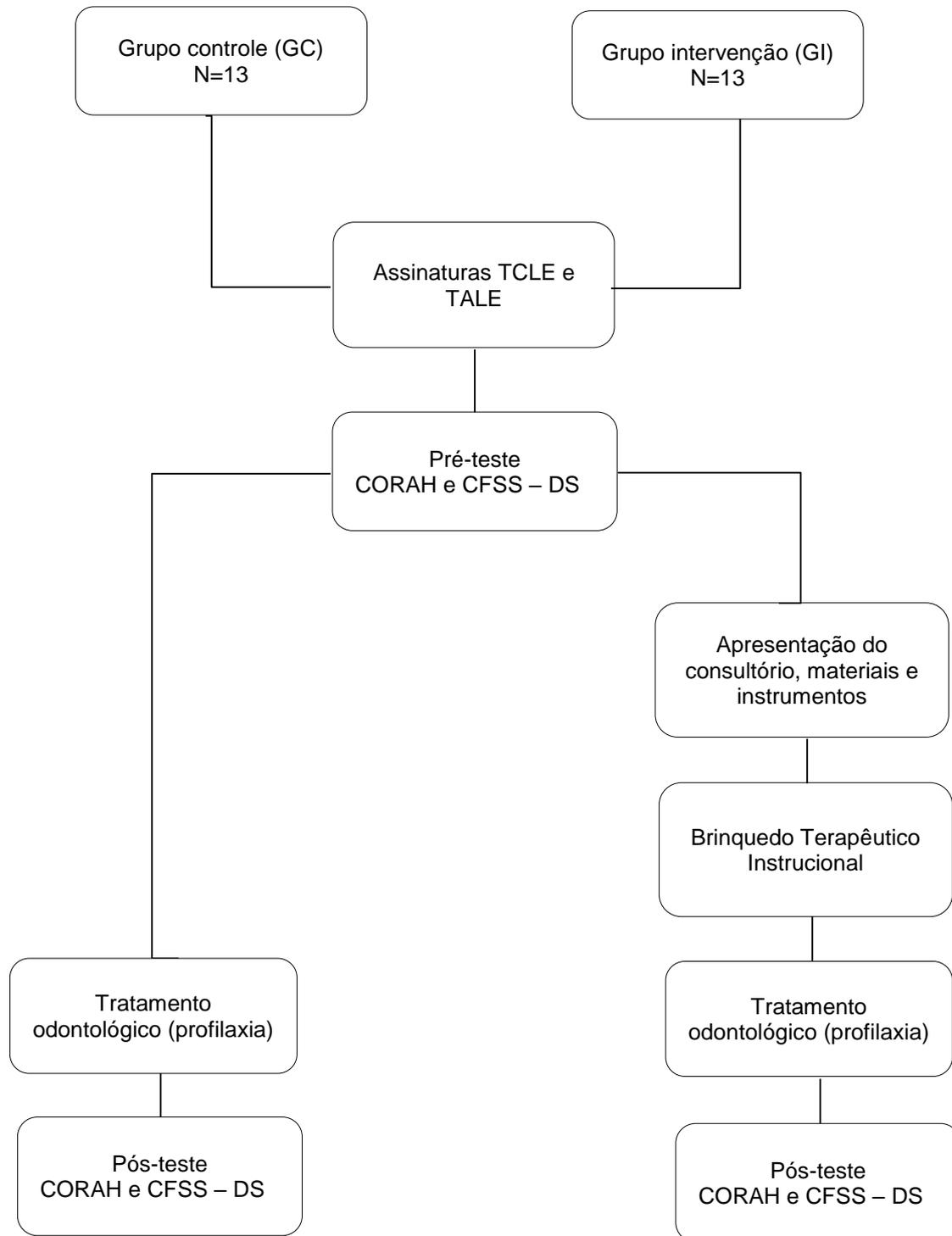
Fonte: arquivo pessoal da autora, 2019.

Figura 5. Mesa auxiliar preparada para a intervenção



Fonte: arquivo pessoal da autora, 2019.

Figura 6. Diagrama dos procedimentos.



Fonte: a autora, 2020.

5.8 Método de análise estatística dos dados

Os dados foram tabulados e armazenados em duas tabelas no programa Microsoft® Office Excel versão 2013, uma contendo os dados das crianças e outra os dados dos pais e ou responsáveis nos momentos pré e pós-teste.

Os dados foram analisados no software estatístico SPSS IBM® versão 20.0, assumindo para todas as análises um nível de confiança de 95% ($p < 0,05$).

O teste de *Shapiro-Wilk* verificou a normalidade dos dados. Inicialmente, realizou-se a estatística descritiva para obter valores de média, desvio padrão, intervalo de confiança 95%, e valores de frequência absoluta e relativa. O teste *t* de *Student* foi empregado para verificar a diferença entre os escores do grupo controle e do grupo intervenção, o teste *t* para amostras pareadas foi utilizado para verificar a diferença entre os escores de ansiedade nos momentos pré e pós-intervenção. Para análise da relação entre os escores das crianças com os responsáveis, o teste de correlação de *Pearson* foi realizado.

6. RESULTADOS

6.1 Caracterização da amostra

A população estudada foi composta por 26 crianças com idade de oito e nove anos (61,5% e 38,5%, respectivamente), 16 crianças tinham oito anos e 10 crianças nove anos; 16 crianças eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino (61,5% e 38,5%), conforme tabela 1.

Os pais e ou responsáveis tiveram número igual de participantes de 26 pessoas. Com relação ao parentesco, 16 eram mães, cinco pais, quatro avós e um padrasto.

Tabela 1 – Caracterização sobre sexo e idade das crianças.

Sujeito	Sexo	Percentual
Criança	Feminino (10)	38,5
	Masculino (16)	61,5
	Total (26)	100,0
Idade	Oito anos (16)	61,5
	Nove anos (10)	38,5

Fonte: banco de dados da autora, 2020.

A tabela 2, apresenta os dados do instrumento socioeconômico de identificação e antecedentes clínicos (apêndice E). Destas 25 crianças já haviam passado por alguma experiência odontológica prévia, sendo que 19 aceitaram o tratamento anterior sem problemas e sete não aceitaram. Apenas uma criança não havia feito qualquer tipo de tratamento odontológico. Ainda, seis crianças já haviam estado em tratamento psicológico e 20, nunca estiveram em tratamento psicológico.

Tabela 2 – Experiência prévia em tratamento odontológico e psicológico.

	Aceitou o tratamento	Percentual
Experiência prévia odontológica (%)	Sem problemas	53,8
	Não aceito o tratamento	46,2
Tratamento psicológico	Esteve em tratamento psicológico	Percentual
	Não (20)	61,5
	Sim (6)	38,5

Fonte: banco de dados da autora, 2020.

6.2 Ansiedade pré e pós procedimento

Os escores de ansiedade para os grupos controle e intervenção estão apresentados na tabela 3. A média do escore de ansiedade foi significativamente menor no período pós-intervenção para ambos os grupos. Contudo, não houve variação significativa entre a média dos escores do grupo controle e do grupo intervenção em ambos os períodos.

Tabela 3 - Escores de ansiedade nos grupos controle e intervenção pré e pós-intervenção.

Grupo	Escore de ansiedade	Média	DP	IC95%	Valor de P
Geral	Pré	28,2	7,2	25,2-31,1	<0,001*
	Pós	22,3	5,9	19,9-24,7	
Controle	Pré	27,31	6,4	23,3-31,2	0,001*
	Pós	23,23	6,4	19,3-27,1	
	Δ (pré-pós)	4,08	3,4	2,02- 6,13	
Intervenção	Pré	29,15	8,1	24,2-31,1	0,001*
	Pós	21,5	5,5	18,1-24,9	
	Δ (pré-pós)	7,61	5,9	4,06- 11,2	

DP: Desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança 95%; *: há diferença significativa entre o período pré e pós-intervenção.

A tabela 4, demonstra a classificação do nível de ansiedade nos grupos controle e intervenção pré e pós. Conforme exposto a escala CFSS-DS, mede a ansiedade e medo odontológico classificando-os em baixo, médio e alto. Para tanto, é considerado baixo a ocorrência de até 31 pontos, entre 31 e 38, entende-se como nível médio e superior a 38 nível alto de ansiedade e medo.

Observou-se a diminuição na classificação dos níveis de ansiedade e medo odontológicos nos momentos pré e pós para ambos os grupos.

O GC, no pré-teste apresentou 61,5%, que correspondem a 8 crianças do total do grupo classificados em baixo nível de ansiedade e medo, com escore médio 30,8%, que representam 4 crianças, e nível alto 7,7%, que corresponde a uma criança. Posterior ao atendimento, o grupo teve aumento no número de crianças com baixo nível de ansiedade e medo 84,6%, perfaz o total de 11 crianças, e 15,4%, apontaram duas crianças com grau médio. No momento pós teste a amostra não evidenciou escore alto para ansiedade e medo.

No GI, o momento pré-teste constatou 69,2%, que representam 9 crianças do total do grupo com escore baixo, 7,7%, uma criança com grau médio e 23,1%, três crianças com alto nível de ansiedade e medo. Posterior a intervenção, identificou-se 92,3%, do total do grupo que correspondem a 12 crianças com escore baixo, e apenas 7,7%, uma criança com grau médio sem que houvessem evidências de alto estado de ansiedade e medo odontológico.

Os indicadores gerais, evidenciaram que o total da amostra, composta por 26 crianças, pós intervenção 88,5%, representa 23 crianças que manifestaram escore baixo de ansiedade e medo, e 11,5%, três crianças nível médio.

Tabela 4 - classificação do nível de ansiedade nos grupos controle e intervenção pré e pós-intervenção.

Estágio	Grupo (n)	Baixo n (%)	Médio n (%)	Alto n (%)
Pré	Geral (26)	17 (65,4)	5 (19,2)	4 (15,4)
	Controle (13)	8 (61,5)	4 (30,8)	1 (7,7)
	Intervenção (13)	9 (69,2)	1 (7,7)	3 (23,1)
Pós	Geral (26)	23 (88,5)	3 (11,5)	0
	Controle (13)	11 (84,6)	2 (15,4)	0
	Intervenção (13)	12 (92,3)	1 (7,7)	0

% relativo ao grupo.

A tabela 5, apresenta os valores de correlação entre os escores de ansiedade das crianças com os responsáveis.

Os níveis de ansiedade, apresentaram relação forte e significativa nos momentos pré e pós intervenção ao usar o paciente como o seu próprio controle ($r = 0,727^*$), o mesmo ocorreu para os valores dos responsáveis ($r = 0,967^*$).

Os escores de ansiedade das crianças não apresentaram relação significativa com os escores de ansiedade dos seus responsáveis.

Tabela 5 - valores de correlação entre os escores de ansiedade das crianças com os responsáveis

	Ansiedade Pré	Ansiedade Pós	Ansiedade responsável pré	Ansiedade responsável pós
Ansiedade Pré	1	,727*	-0,025	-0,102
Ansiedade Pós		1	-0,136	-0,106
Ansiedade responsável pré			1	,967*
Ansiedade responsável pós				1

*: correlação significativa.

A tabela 6, apresenta a diferença individual entre as perguntas do questionário CFSS-DS, aplicado nas crianças.

A questão 1, refere-se a quanto de medo se sente de dentista e apresentou diferença significativa, a média obtida anterior a intervenção foi de 1,42, posterior, observou-se diminuição da mesma resultando em 1,15 de média para ansiedade e medo.

Sobre quanto de medo sente-se em relação à anestesia, houve significativa diferença apresentando 3,54, anterior e após 2,77.

A questão 8, referiu o medo do motorzinho do dentista, as médias equivaleram a 1,77, anterior e posterior 1,15. A pergunta 11, questionou sobre quanto de medo

sente em uma pessoa colocar instrumentos na sua boca, evidenciou-se média de 2,08, pré-teste e posterior de 1,23.

A questão 6, refere-se ao medo de uma pessoa que não se conhece encostar em si. No pré teste a média foi de 2,58, já no pós teste representaram 1,96. A questão 12, tratou do medo de engasgar, os resultados demonstram diferença significativa com média pré 3,12, e pós de 2,12. A pergunta 13, consistiu no medo de ir ao hospital, apresentando média de 2,42, anterior e 1,88, pós-teste.

As questões 2, 4, 5, 7, 9, 10, 14 e 15, não demonstraram diferença significativa nas médias pré e pós teste.

Tabela 6 - Diferença respostas pré e pós do questionário CFSS-DS

Questão	Grupo	Média	DP	P-valor
1	Pré	1,42	0,7	0,050*
	Pós	1,15	0,4	
2	Pré	1,69	1,1	0,739
	Pós	1,77	1,2	
3	Pré	3,54	1,4	0,005*
	Pós	2,77	1,5	
4	Pré	1,23	0,8	0,678
	Pós	1,15	0,4	
5	Pré	1	0	0,327
	Pós	1,04	0,1	
6	Pré	2,58	1,4	0,018*
	Pós	1,96	1,2	
7	Pré	2	1,1	0,067
	Pós	1,62	1,1	
8	Pré	1,77	1,1	0,007*
	Pós	1,15	0,6	
9	Pré	1,35	0,9	0,265
	Pós	1,12	0,3	
10	Pré	1,46	0,7	0,11
	Pós	1,19	0,4	
11	Pré	2,08	1,3	0,005*
	Pós	1,23	0,4	
12	Pré	3,19	1,5	0,001*
	Pós	2,12	1,2	
13	Pré	2,42	1,4	0,013*
	Pós	1,88	1,2	
14	Pré	1,42	1,1	0,129
	Pós	1,14	0,7	
15	Pré	1,08	0,2	1
	Pós	1,08	0,2	

DP: Desvio padrão. *: Há diferença significativa.

6.3 Check list Sinais e sintomas de ansiedade e medo odontológico

As manifestações comportamentais dos pacientes, foram de colaboração e aceite de todas as solicitações durante o tratamento, como: deitar-se na cadeira odontológica, abrir a boca e permanecer durante a escovação, o ato de passar o fio dental e bochecho.

7. ANÁLISE QUALITATIVA DA INTERVENÇÃO COM A TÉCNICA DO BTI

7.1 Unidade temática de significação das observações do BTI

As observações registradas em diário de campo, durante a realização do BTI, possibilitaram a análise de unidade temática de significação, as quais representam falas das crianças que remetem ao significado do processo de intervenção, conforme preconiza Bardin (2004). Nelas emergiam afetos, apropriações sobre os cuidados com a saúde, criaram-se motivos refletindo o processo de ensino-aprendizagem proposto pela técnica.

Ao recontar a história, as experiências encadeadas são ressignificadas e passam a ocupar um novo lugar nas vivências, representando significados diferentes após o processo de internalização e aprendizado. Os temas destacados para a análise foram: Explorar o consultório e descobrir os materiais e instrumentos, aprendendo sobre saúde e cuidados bucais, sobre ser dentista e provocar novos afetos no processo saúde-doença.

7.1.1 Explorar o consultório e descobrir os materiais e instrumentos

A apresentação do consultório de modo geral, não trouxe grandes novidades, já que todos haviam estado em algum momento em uma clínica odontológica. Contudo, explorar os materiais e instrumentos, principalmente no manuseio para a interpretação do papel do dentista, consistiu em uma atividade criadora e produtiva.

As crianças⁶, demonstraram ao longo da interpretação do papel do dentista a apropriação dos significados dos instrumentos e sua finalidade:

Mafalda: – “Muito legal! Vou ver se tem cárie” (usando espelho e a sonda exploratória)

– “Tá mole esse dente, tá tudo mole os dentes dele [...] é de leite, vou tirar” (usando a pinça)

Manuel antes de iniciar a atividade pediu sobre seus materiais de proteção e higiene, ressaltando o que havia sido narrado na história:

Manuel: – “Tem que ligar a luz pra poder olhar o dente dele. Ah! A luva, não dá pra mexer na boca dele sem luva”.

– “O Tigrão tá com o dente sujo, vou passar a escovar [...] Ah! Vou pegar o espelhinho pra olhar os dentes. Doutora olha o que tem aqui no dente! Tem que escovar três vezes por dia, parece que o Tigrão nunca escovou os dentes. Vou contar os dentes” (usando a sonda exploratória).

Miguel: – “Achei uma cárie!” (usando o espelho).

– “Vou contar os dentes dele” (usando a sonda exploratória)

– “Agora só falta o arzinho e tem que apagar a luz pra não acabar a bateria”.

Todos os excertos apresentados, de modo geral, demonstram as generalizações das crianças sobre os instrumentos, seu modo de usar e sua finalidade. O significado positivo dos instrumentos implícito às falas pode ser percebido, dado que não houveram diálogos relacionados a dor ou incômodo causados por eles. Pelo contrário, o contato com os instrumentos proporcionou a vivência dos mesmos como auxiliares para os cuidados com a saúde bucal.

7.1.2 Apreendendo sobre saúde e cuidados bucais

Ao receber as crianças para a intervenção, o principal objetivo era a apropriação dos cuidados bucais como uma atividade prazerosa e que fizesse delas responsáveis pelos cuidados consigo. Observando que o acometimento e agravo de saúde é um evento que pode ser evitado. Esse propósito, pode ser observado à medida em que os diálogos com o boneco eram feitos.

⁶ Tratam-se de nomes fictícios para preservar a imagem e privacidade das crianças conforme resolução ética.

O significado do cuidado com à higiene bucal, produziu a integração da finalidade da atividade com o conteúdo dela, isso foi exposto por Quino e Guille que a partir dessa incorporação do conceito, aproximaram as suas experiências ao orientar o personagem:

Quino: – “Tem que escovar aqui em frente pra não dar tartáro, eu já tive tartáro aqui embaixo”

Guille: – “Você tem que colocar aparelho e tem que usar todos os dias”.

Guile, estava usando aparelho ortodôntico removível há alguns dias e sentia dificuldades em usá-lo o dia todo, por causar incômodo e segundo ele mal podia falar, além de ter dificuldades em posicionar corretamente o aparelho na boca. No final da profilaxia, Guille, pediu ajuda para os acadêmicos para aprender a colocar e tirar o aparelho, após disse que iria usá-lo todos os dias, que tinha ficado mais fácil depois de aprender a forma correta.

Mafalda, também fez associações com as suas vivências anteriores, dizendo para Tigrão que no final da limpeza dos dentes iria dar-lhe uma carta para ele ir ao fonoaudiólogo, pois ele estava com a língua presa. A avó que acompanhava o procedimento relatou que há alguns meses, Mafalda foi encaminhada pela UBS para o serviço de fonoaudiologia para verificar se havia necessidade de procedimento cirúrgico para “soltar a língua”. A partir desse posicionamento da Mafalda, pode-se observar o significado atribuído ao profissional de fonoaudiologia, é àquele que resolve os problemas relacionados a fala.

Mafalda, ainda fez orientações para a avó referindo-se como avó do “Tigrão”:

– “Ah! Vó do Tigrão, tem que comprar fio dental, vai no mercadinho perto de casa e compra pra usar todos os dias”.

A necessidade do uso diário do fio dental foi associada por Mafalda, como importante instrumento para não proliferação de bactérias e outros bichinhos invisíveis que andam pela boca. Mediante a impossibilidade da criança, de poder aquisitivo por si só e por identificar o responsável também como provedor, Mafalda, estendeu a responsabilidade para a avó, da compra do material.

Do mesmo modo, Camilo fez orientações para o personagem:

– *“Que seus pais ou um responsável ajude a cuidar dos dentes, que ensinem ele a escovar os dentes, passe fio dental e que tem que colocar pasta na escova”.*

Camilo, observou durante a dramatização que em alguns momentos a falta de higiene era consequência da escassez de orientações e, por vezes, de pasta de dente e do fio.

A história “Tigrão vai ao dentista”, descreveu a importância do primeiro atendimento com os pais, pois eles auxiliam na compreensão da rotina de cuidados que a criança tem com a higiene bucal e revelam a necessidade de acompanhamento para a emancipação da criança nos cuidados consigo.

Ao compreender a maneira correta de escovar os dentes e não apenas a escovação de qualquer jeito, Fê, Filipe e Susana, comentaram no diálogo com “Tigrão”, que o uso da escovação sem a técnica adequada não garante que estará livre das cáries, bactérias e mau hálito:

Fê: – “Tá suquinho, tem que escovar direito daí tem que passar fio dental porque se ficar sujo pode criar cárie e outras coisas. Tem que escovar a língua”.

Filipe: – “Escova aqui perto da gengiva, na língua e aqui no cantinho que dá bactéria e no meio dos dentes com fio dental”.

Susana: – “Tigrão não está escovando os dentes direito, precisa melhorar para tirar as cáries, também tem que escovar a língua porque causa mau hálito e bichinhos”.

Os significados atribuídos as vivências das crianças demonstraram de maneira geral apropriação dos conceitos sobre saúde bucal. Sem exceção, manifestaram na brincadeira afetos positivos com o processo de aprendizagem.

7.1.3 Sobre ser dentista

A proposta de ser dentista, foi com certeza o momento que despertou as manifestações de afetos mais expressivos. A fala de Mafalda soou com um pulo da

cadeira odontológica para ajeitar-se na cadeira em que estava sentada a acadêmica ocupando seu lugar de dentista:

Mafalda: – “Muito legal! Minha vez então de ver seus dentes Tigrão? Eu quero, vou usar isso aqui tudo. Ah! Primeiro eu tenho que sentar aqui e arrumar a cadeira, deixa eu descer ela tá muito alta”.

Durante a protagonização, Mafalda, demandou auxílio dos acadêmicos, dirigia-se a eles como seus auxiliares e o boneco era chamado de paciente. Todos os instrumentos antes de ser usados eram explicados para o “Tigrão”, pois foi assim que ela havia apreendido para o paciente ficar “tranquilo” (*sic*). Ao atribuir o significado de tranquilo à vivência, Mafalda, observou que para ser entendido dessa maneira ela precisa ser ter conhecimento sobre o conteúdo e sua finalidade.

Manuel foi receptivo com a dramatização, disse nunca ter imaginado que um dia ia poder ser dentista e fazer as coisas que estava fazendo, mas na verdade, não queria ser dentista e sim caminhoneiro como o pai. Contudo, protagonizou o papel do dentista com muita convicção do que estava fazendo e quando questionado sobre o os dentes do “Tigrão” respondeu:

Manuel: – “Eu acho que ele não anda escovando os dentes há um mês, já descobri na minha faculdade de dentista eu sei, é isso mesmo ela não tá cuidando bem não. Precisa melhorar muito Tigrão, se não cuidar seus dentes vão cair”.

Manuel, demonstrou o significado do dentista como aquele que cuida dos dentes e que conhece os meios para fazê-lo. Além de significar a experiência como agradável e inédita em sua vida. Na frase abaixo, Miguel, trata da importância dos cuidados com os dentes em comparação a segurança em andar de carro:

Manuel – “Dentes em primeiro lugar depois a língua é igual à segurança em primeiro lugar. Não é assim que dizem pra gente usar cinto de segurança no carro?”.

Manuel deixou claro desde o início do atendimento não ter medo e gostar de ir ao dentista. Descreveu ter coragem e sempre que é preciso receber injeção, não vê problema, já que evita adoecimento. O significado do tratamento foi associado à segurança com a saúde e a necessidade em ser o responsável pelos cuidados.

7.1.4 Provocar novos afetos no processo saúde-doença

De modo geral, os estudos apontam a negativa das crianças frente aos tratamentos em saúde, principalmente, quando se referem a situações de afastamento familiar e exposição a procedimentos dolorosos. No consultório odontológico, por vezes, é uma realidade presente. No entanto, o jogo protagonizado pelas crianças com o BTI, produziu uma mudança nos afetos anteriores ao procedimentos.

Armandinho foi o único participante que não havia passado por procedimento odontológico algum, apenas havia feito a triagem. Chegou ao consultório bastante curioso e interessado em todas as etapas. Mas, revelou logo no início ao responder as perguntas do pré-teste que estava com um “*pouquinho de medo e ansioso*” (*sic*).

Ao iniciar a atividade com o boneco, ele disse ser o dia mais feliz da sua vida, em sequência representou como falas do “Tigrão”:

Armandinho: – “Tigrão vai querer voltar várias vezes porque é legal, mas também não vai querer voltar porque ele não quer ter dodói, vai cuidar dos dentes”.

A ressignificação da experiência também feita por Fê, ela chegou assustada no consultório e contou que havia ido à UBS, para fazer limpeza mas precisou extrair um dente e não estava preparada, nas palavras dela:

Fê – “Já tirei um dente e doeu muito, fiquei com medo. Agora tá tudo bem, não tô com medo”.

Para Mafalda, a importância atribuída ao atendimento odontológico foi comparado a não faltar às aulas e, por esse motivo era melhor cuidar da saúde bucal.

Mafalda: – “Não pode faltar no dentista e se faz escola integral tem que escovar bem”.

Vale destacar que Mafalda está inserida na idade escolar, guiada pela atividade escolar, à qual conforme o excerto possui grande significado para ela.

Miguel, após finalizar o atendimento de profilaxia é questionado pela acadêmica se gostava de ir ao dentista, Miguel respondeu firmemente: “*mais do que nunca*” (*sic*). Atribuiu sua resposta ao fato de sentir-se bem em poder reproduzir no boneco o tratamento. O que denota a afecção de sentimento “estar bem”.

8. DISCUSSÃO

A intervenção psicológica, para o preparo de crianças para o tratamento odontológico com o BTI, evidenciou a diminuição da ansiedade e medo no momento pós intervenção, em relação ao pré-intervenção (tabela 3), para ambos os grupos, contribuindo com o bem-estar do paciente, na relação com o profissional odontólogo e com o tratamento em si. Em consonância, estudo recente comprovou a efetividade do atendimento psicoterápico, cognitivo-comportamental, em crianças e adolescentes noruegueses, entre 10 e 16 anos, por meio da escala CFSS-DS (BERGE *et. al.*, 2017).

O mesmo foi evidenciado na classificação entre os níveis de ansiedade e medo (tabela 4), em baixo, médio e alto. No momento pós teste, ambos os grupos representaram maioria com nível baixo de ansiedade e medo, o que demonstra efetividade no atendimento nas duas técnicas.

Contudo, não houve significância estatística entre as técnicas: intervenção psicológica com BTI, realizada no GI, e a técnica habitual da clínica, falar-mostrar-fazer, empreendida no GC. Apesar de ambas apresentarem em seus objetivos, o conhecimento da criança sobre determinada situação, elas denotam proposição de ensino-aprendizagem em níveis diferentes pelo próprio delineamento metodológico.

O pressuposto inicial que relacionava a ansiedade infantil com os pais, referido na literatura, não apresentou significância estatística na população estudada. Pesquisa realizada por Ferreira e Oliveira (2016), apresentaram resultados semelhantes aos achados na pesquisa, em que não há relação estatística significativa entre a ansiedade odontológica de pais e filhos (tabela 5). Todavia, pesquisas apontam influência negativa no tratamento quando há participação dos responsáveis e, significativa correlação entre a ansiedade da díade (TOVO; FACCIN. VIVIAN, 2016; MOREIRA *et. al.*, 2015; BRANDENBURG; MARINHO-CASANOVA, 2013).

A correlação nos escores das crianças, quando tomadas como seu próprio controle, foi estatisticamente significativa e forte e o mesmo ocorreu com a correlação do pré e pós-teste dos pais (tabela 5). Isso, afirma a correlação entre os momentos avaliados. Cabe observar, que as escalas aplicadas nas crianças e nos pais, possuem pontuação dos escores diferentes, infere-se que isto pode influenciar na análise estatística de correlação entre eles.

A análise individual das questões do CFSS-DS, evidenciaram significativa diferença nas médias dos escores nas questões que mensuraram o medo de ir ao dentista (1), de anestesia (3), uma pessoa que não se conhece, encostar em você (6), do motorzinho do dentista (8), em uma pessoa colocar instrumentos na sua boca (11), de engasgar (12), e de ir ao hospital (13). Interessante observar que a proposta de intervenção, não incluiu procedimentos invasivos como a anestesia. Contudo, as respostas confirmaram efetividade na redução de ansiedade e medo mesmo em procedimento invasivo.

As questões sobre quanto de medo sentiam em ir ao médico (2), alguém examinar a sua boca (4), ter que abrir a boca (5), alguém ficar olhando pra você (7), ver o motorzinho do dentista (9), barulho do motorzinho do dentista (10), pessoa com roupa branca (14), e ter alguém limpando os seus dentes (15), não demonstraram diferença significativa nas médias pré e pós teste. Não há na literatura, estudo que descreva os motivos de alguns medos se sobressaírem aos outros, conforme questionados na CFSS-DS, ou qual intervenção tem maiores benefícios sobre cada umas das questões.

A respeito disso, considera-se que a relação estabelecida entre o profissional e o paciente é forte aliada para transmitir segurança e, por conseguinte diminuir a ansiedade. Tome *et. al.* (2019), alerta sobre a importância da relação entre a criança, pais e profissional tendo em vista o sucesso do tratamento.

Os atendimentos de profilaxia foram registrados sem manifestações de ansiedade ou medo conforme descritos na literatura. É válido considerar que a profilaxia é um procedimento indolor, em geral, não causa desconforto, dor ou gera ansiedade, exceto em crianças com menos de seis anos (FERREIRA; OLIVEIRA, 2016). Conforme estudo realizado por Melo *et. al.*, (2015), comprovou-se a correlação significativa entre ansiedade e procedimentos invasivos (preparo cavitário, anestesia, e exodontia) superior a tratamentos não invasivos (exame clínico e profilaxia).

Assim sendo, é possível que em outras situações em que se utiliza anestesia isolamento absoluto do campo operatório as manifestações de ansiedade e medo sobre o tratamento pudessem ser mais evidentes.

Ao encontro desses resultados, a análise qualitativa, identificou fenômenos subjetivos que se relacionam a diminuição da ansiedade e medo.

Registra-se a importância de considerar todos os momentos da intervenção, iniciando na recepção da criança e seu responsável em que o profissional se apresenta e se coloca à disposição para escutar as necessidades do paciente. Nessa direção, os pacientes foram orientados a tirar suas dúvidas e expor suas ideias sobre o tratamento, transmitindo aos pacientes confiança e abertura para exprimir seus sentimentos, o que auxilia na redução de ansiedade e medo (SILVA *et. al.*, 2016; ALBUQUERQUE *et. al.*, 2010; MOTA; FARIAS; SANTOS, 2012). Os pacientes foram ainda, encorajados pelos acadêmicos durante a consulta demonstrando segurança e tranquilidade na realização da profilaxia.

Além disso, a literatura é concisa em relação a prática odontopediátrica associada as atividades lúdicas, principalmente com cunho educativo, pois apropriação de conhecimentos na infância auxiliarão os cuidados em saúde posteriores. Percebe-se que ao aproximar os aspectos técnicos através da brincadeira a criança se instrumentaliza e torna-se ativa no seu tratamento (SIGAUD *et. al.*; 2016; OLIVEIRA, 2014; LAMHA; COSTA, 2012).

Nesse sentido, o BTI, é uma técnica capaz de aprofundar aspectos internos que contribuem para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, pois ele integra um instrumento capaz de desenvolver motivos na criança, uma vez que coloca em movimento as funções psíquicas superiores e conduz a criança por meio da sua atividade principal, levando-a a produzir motivos para a sua atividade. Quer dizer, a criança passa a cuidar da sua saúde bucal, por exemplo: escovar os dentes e usar fio dental, por ser uma atividade consciente.

A possibilidade de recontar a história no BTI, cria um ambiente que permite a ação e o domínio sobre os instrumentos e materiais odontológicos e concedem à criança maior envolvimento com a experiência. Do mesmo modo, que a protagonização do papel do dentista aproxima a criança da realidade, isso pode ser percebido na ressignificação das experiências encadeadas, durante a protagonização ao voltar a ser paciente. Ou seja, a brincadeira transforma o conteúdo implícito em significado que conecta a criança à realidade objetiva dos cuidados bucais, produzindo o que tem de mais nobre na relação criança-adulto, o ensino-aprendizagem.

Assim também, os afetos são transformados durante a intervenção e concedem ao sujeito uma experiência de participação mais ampla no processo, visto

que o “conhecimento sobre o afeto é capaz de alterá-lo, transformando-o em estado passivo para um estado ativo” (MARTINS; CARVALHO, 2016, p. 704).

A partir disso, é relevante que a atuação dos profissionais da saúde considere afeto e cognição como uma unidade e categoria importante para continuidade do tratamento e no manejo empreendido, observando, principalmente, que a criança ainda não possui condições de desenvolvimento capaz de abstrair conceitos formais da realidade e, que necessita de elementos concretos para significar as experiências.

Portanto, reitera-se o uso do BTI, em ambientes de saúde, pois este exerce função mediadora como elemento lúdico permitindo que a criança seja afetada por ele. Visto que, este instrumento é de domínio da criança, através dele, ela consegue comunicar-se com o universo adulto e, por consequência com os cuidados bucais.

É evidente que alguns procedimentos odontológicos não irão deixar de causar desconforto ou dor, mas a criança ao se relacionar com a realidade, desenvolve a unidade cognitivo-afetivo, e adquire condições para lidar com situações desagradáveis de maneira consciente, ativa e corresponsável. Assim, as vivências afetivas são (re)elaboradas, e os sentimentos atuam na regulação das manifestações emocionais e conduzirão ao autodomínio da conduta (MARTINS; CARVALHO, 2016), ao passo que integram as experiências à sua história e desenvolvimento.

É válido ressaltar, ainda, as influências do meio sobre a situação de saúde bucal, o qual subsidiará o odontólogo nas orientações do tratamento, compreendendo saúde-doença como um processo histórico, influenciado por paradigmas culturais que associam o tratamento com dor e limites sociais como as dificuldades no acesso aos serviços públicos ou privados devido ao custo financeiro (COSTA JUNIOR, 2002).

Assim sendo, é clara a relevância da práxis do profissional de saúde para elucidar os conceitos sobre saúde e proporcionar condições para que o sujeito atue sobre o próprio processo de saúde-doença, tornando-o autônomo e responsável pelo corpo. Fundamentando-se no pressuposto de que não há ser humano sem educação (PASQUALINI, 2013; MARTINS, 2013; VIGOTSKII, 2001; LEONTIEV, s.d).

Assim, a interface entre os conhecimentos das áreas da psicologia, especialmente da psicologia sócio-histórica, da enfermagem e odontologia, proporcionam condições para a produção criativa e transformadora da realidade com os cuidados de saúde bucal. De modo que, as áreas podem incorporar diferentes métodos de produção de conhecimento e transitem em outros setores como a

educação para a produção de saúde bucal. Conjectura-se que estas são complementares e podem apropriar-se dos conhecimentos umas das outras para empregá-los na rotina da clínica escola de odontologia.

Sustenta-se aqui, a importância da técnica odontopediátrica com o instrumento (falar-mostrar-fazer), praticado no local de estudo associando ao BTI, como incremento gerador de conhecimento sobre o tratamento, manutenção e recuperação da saúde (PONTES *et. al.*, 2015).

Por fim, propõem-se a implantação de uma disciplina para discussão teórica e metodológica na odontopediatria, ministrada por professor de psicologia, em que comporte assuntos fundamentais na práxis com crianças, abordando o desenvolvimento infantil e práticas integrativas que associem técnicas de cunho educativo e de apropriação de conhecimentos para a consciência do paciente sobre saúde. Ao mesmo tempo, isso possibilita a produção do conhecimento interdisciplinar e é capaz de subsidiar a compreensão humana na sua complexidade (MINAYO, 1991).

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados, em primeira instância certificam que há na interdisciplinaridade, estratégias que revelam caminhos mais humanos para a produção de saúde e da educação. Isto se inicia ao possibilitar condições de acesso à educação em saúde, por meio de método que posicione o sujeito de maneira consciente e ativa na relação com os cuidados consigo.

Apesar do fenômeno psicológico ser objeto de estudo da psicologia, nota-se que o preparo psicológico pode ser inserido nas práticas de outras áreas da saúde. Todavia, é necessário que os profissionais se instrumentalizem e fundamentem sua atuação seguindo o rigor teórico e científico. Para isto, sugere-se a inclusão de uma disciplina para discussão teórica e metodológica na odontopediatria, ministrada por professor de psicologia. Em que comporte assuntos fundamentais na práxis com crianças, abordando o desenvolvimento infantil e práticas integrativas que associem

técnicas de cunho educativo e de apropriação de conhecimentos para a consciência do paciente sobre saúde.

Vale considerar, que as técnicas apresentadas neste estudo são pertinentes também para à atuação na atenção básica, pois se constituem em elementos produtores de saúde bucal e podem ser disseminados para as demais especialidades. Nesse sentido, o BTI, é um instrumento que pode ser utilizado em vários ambientes de saúde, como método importante para produção do aprendizado e desenvolvimento da consciência. O que torna possível cuidar, inclusive, dos aspectos da sua saúde física e psicológica redimensionando o medo e ansiedade.

Destaca-se que não foram encontrados registros na literatura com comparação de técnicas na odontopediatria, que dimensionem individualmente os níveis de ansiedade das questões do questionário CFSS-DS. A investigação acerca disso, demonstrou significância estatística na redução da ansiedade e medo de algumas situações questionadas em relação às outras. Considera-se relevante o exame aprofundado individual das perguntas que compõe o referido teste e a relação com as técnicas interventivas de preparo psicológico.

Cabe ressaltar, que não houve diferença estatística significativa entre o preparo psicológico e a técnica habitual da clínica (falar-mostrar-fazer), e que ambas tem por objetivo o conhecimento do sujeito sobre determinada situação. Entretanto, o BTI, enquanto procedimento aplicado ao preparo psicológico, resulta em um aprofundamento da unidade afetivo-cognitiva que implicam nas vicissitudes da criança sobre seus cuidados. Em última análise, a integração entre educação e saúde é elemento fundamental para promover o desenvolvimento de indivíduos responsáveis e comprometidos com o próprio cuidado.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, A. A.; EIDT, N. M. Psicologia histórico-cultural e a atividade dominante como mediação que forma e se transforma: contradições e crises na periodização do desenvolvimento psíquico. **Obutchénie**, v. 3, n. 3, p. 1-36, 2019. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/Obutchenie/article/view/51694/27388>. Acesso em: 08 jan. 2020.

ALBUQUERQUE, C. M.; GOUVÊA, C. V. D.; MORAES, R. C. M.; BARROS, R. N.; COUTO, C. F. Principais técnicas de controle de comportamento em odontopediatria. **Arquivos em odontologia**, v. 46, n.2, p. 110-115, 2010. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v46n2/a08v46n2.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2019.

ARAUJO, T. C. C. F.; ARRAES, E. L. M. Necessidades e expectativas de atuação do psicólogo em cirurgia e procedimentos invasivos. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 64-73, jan./abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v17n1/06.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2018.

BARBÉRIO, G. S. **Confiabilidade e validade do questionário Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale para avaliação do medo e ansiedade ao tratamento odontológico em crianças**. 2017. 90f. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas Aplicadas) – Universidade de São Paulo. Bauru: USP, 2017. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25145/tde-28092017-183623/pt-br.php>. Acesso em: 25 jun. 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARK, M. M. POSANSKI, M. OLIVEIRA, K. V. BRANCHER, J. A. KRIGER, L. GABARDO, M. C. L. Alteridade e empatia: virtudes essenciais para a formação do cirurgião-dentista. **Abeno**, v. 18, n. 2, p. 104-113, 2018. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/579>. Acesso em: 13 out. 2018.

BARRETO, R. A.; BARRETO, M. A. C.; CORREA, M. S. N. P. Psicanálise e odontopediatria: ofício da comunicação. **Estudos de Psicanálise**, n. 44, p. 83-90. dez. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n44/n44a09.pdf>. Acesso

em: 08 out. 2018.

BERGE, K. G.; AGDAL, M. L.; VIK, M.; SKEIE, M. S. Treatment of intra-oral injection phobia: a randomized delayed intervention controlled trial among Norwegian 10-to 16-year-olds. **Acta Odontologica Scandinavica**, v. 75, p. 294-301, 2017.

Disponível em:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/00016357.2017.1297849?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em 18 jan. 2020.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº0546, de 09 de maio de 2017. Atualiza norma para utilização da técnica do Brinquedo/Brinquedo Terapêutico pela equipe de enfermagem na assistência à criança hospitalizada. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/05/Resolu%C3%A7%C3%A3o-546-17.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **HumanizaSUS: Atenção Hospitalar**. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf. Acesso em: 07 set. 2011.

BEZERRA, M. D. H. O. Psicologia e Odontopediatria: possibilidade de atuação em uma clínica - escola. **Revista Expressão Católica Saúde**. v. 1, p. 133–137, June, 2016. Disponível em:

<http://publicacoesacademicas.fcrs.edu.br/index.php/recaude/article/view/1394>. Acesso em: 12 jun. 2018.

BOTTAN, E. R.; LEHMKUHL, G. L.; ARAÚJO, S. M. Ansiedade no tratamento odontológico: estudo exploratório com crianças e adolescentes de município de Santa Catarina. **RSBO**, v. 5, n. 1, p. 13-19, 2008. Disponível em:

http://univille.edu.br/community/depto_odontologia/VirtualDisk.html/downloadDirect/184663. Acesso em: 02 maio 2018.

BRANDENBURG, O. J.; MARINHO-CASANOVA, M. L. A relação mãe-criança durante o atendimento odontológico: contribuições da análise do comportamento.

Estudos em Psicologia, v. 30, n. 4, p. 629-640, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n4/16.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

BROERING, C. V. SOUZA, C. D. KASZUBOWSKI, E. CREPALDI, M. A. Efeitos de preparações psicológicas pré-cirúrgicas sobre o estresse e a ansiedade de meninos e meninas. **Acta colomb. psicol.**, v. 21, n. 1, p. 217-227, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v21n1/0123-9155-acp-21-01-00217.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2018.

BROERING, C. V.; CREPALDI, M. A. Percepções e informações das mães sobre a cirurgia de seus filhos. **Fractal, Revista de Psicologia**, v. 30, n. 1, p. 3-11, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922018000100003&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 set. 2018.

BROERING, C. V. CREPALDI, M. A. Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. **Psicologia em estudo**, v. 16, n.1, p. 15-23, jan./mar. 2011. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287122137003>. Acesso em: 15 abr. 2018.

BROERING, C. V.; CREPALDI, M. A. Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações Psychological preparation for surgery in pediatric patients: Importance, techniques and limitations. **Paidéia**, v. 18, n. 39, p. 61–72, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n39/v18n39a07.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2018.

CARDOSO, C. L. LOUREIRO, S. R. Problemas comportamentais em crianças com ansiedade frente ao tratamento odontológico. **Estudos de Psicologia**. V. 22, n. 1, p. 5-12, jan./mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2005000100002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 jun. 2019.

CHAUÍ, M. **Espinosa: poder e liberdade**. En publicacion: Filosofia política moderna. De Hobbes a Marx Boron, Atilio A. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; DCP-FFLCH, Departamento de Ciencias Políticas, Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas, USP, Universidade de Sao Paulo. 2006. Disponível em: http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/secret/filopolmpt/06_chauí.pdf. Acesso em: 16 dez. 2019.

CORAH, N. L.; GALE, E. N.; ILLIG, S. J. Assessment of a dental anxiety scale. **Jada**, v. 97, november, 1978.

CORAH, N. L. Development of a dental anxiety scale. **Department of Behavioral Science**, School of Dentistry, State University of New York at Buffalo, Buffalo, New York, august 22, 1968.

COSTA JUNIOR, A. L. Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v. 2, n. 2, 2002. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7760/5608>. Acesso em: 12 set. 2018.

CUTHBERT, M. I.; MELAMED, B. G. A screening device: children at risk for dental fears and management problems. **Journal of dentistry for children**, november/december, 1982.

DOCA, F. N. P.; COSTA JUNIOR, A. L. Preparação psicológica para admissão hospitalar de crianças: uma breve revisão. **Paidéia**, v. 17, p. 167-179, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-863X2007000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 abr. 2018.

EBAID, C. ANDREIS, M. A intervenção do psicólogo junto a pacientes cardiopatas. **Arq Bras Cardiol**, v. 55, n. 2, 1990. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/pesquisartigos/pdfs/1990/v55n2/55020011.pdf>. Acesso em: 03 out. 2018.

ESCOSTEGUY, C. C. Tópicos metodológicos e estatísticos em ensaios clínicos controlados randomizados. **Arq Bras Cardiol**, v. 72, n. 2, 1999. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/abc/1999/7202/72020002.pdf>. Acesso em: 09 jul. 2019.

FERREIRA, H. A. C. M.; OLIVEIRA, A. M. G. Ansiedade entre crianças e seus responsáveis perante o atendimento odontológico. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 29, n. 1, p. 6–17, 2016. Disponível em: http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/janeiro_abril_2017/Odonto_01_2017_6-17%203.pdf. Acesso em: 16 jun. 2018.

GAUDÊNCIO, C. A.; SIRGO, A.; SOLER, F. J. P.; ESCRIBANO, S. A. Intervenção psicológica em cirurgia. **Psicologia em Estudo**, v. 5, n. 2, p. 23-31, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v5n2/v5n2a03.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2018.

GOMES, C. V. A relação sujeito-objeto e a unidade afetivo-cognitiva: contribuições para a psicologia e para a educação. **ABRAPEE**, v. 18, n. 1, p. 161-168, jan./abr. 2014. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/humanizacao/wp-content/uploads/sites/14/2017/11/Gomes-afeto-sujeito-e-objeto.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2019.

GOMES, C. A. V.O lugar do afetivo no desenvolvimento da criança: implicações educacionais. **Psicologia em Estudo**, v. 18, n. 3, p. 509-518, jul/set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n3/v18n3a11>. Acesso em: 10 jan. 2020.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 103–114, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104->

11691994000200008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 maio 2018.

GREEN, C. S. Understanding Children's needs through therapeutic play. **Nursing** **74**, v. 4, n. 10, p. 26 – 33, out. 1974. Disponível em: https://journals.lww.com/nursing/Citation/1974/10000/Visual_dysfunctions_Some_easy_tests_for_detecting.7.aspx. Acesso em: 12 ago. 2019.

HASS, M. G. M.; OLIVEIRA, L. J. C.; AZEVEDO, M. S. Influência da vestimenta do cirurgião-dentista e do ambiente do consultório odontológico na ansiedade de crianças pré-escolares durante consulta odontológica: resultados de um estudo piloto. **RFO**, v. 21, n. 2, p. 201-207, maio/ago. 2016. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/view/6100>. Acesso em: 12 ago. 2018.

KANEGANE, K.; PENHA, S. S.; BORSATTI, M. A.; ROCHA, R. G. Dental anxiety in an emergency dental service. **Revista de saúde pública**, v. 37, n. 6, p. 786–792, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000600015&script=sci_arttext&tlng=en. Acesso em: 16 jul. 2018.

LAMHA, A. P. COSTA, F. O. C. Utilização do “brinquedo” como recurso mediador na promoção de saúde bucal em pacientes internados na enfermaria pediátrica do HU/UFSC. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 285–294, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/10856/7859>. Acesso em: 04 jun. 2018.

LAVOURO, T. N.; MARTINS, L. M. A dialética do ensino e da aprendizagem na atividade pedagógica histórico-crítica. **Interface comunicação saúde educação**, v. 21, n. 62, p. 534-541, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n62/1807-5762-icse-1807-576220160917.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2019.

LEONTIEV, A. N. O homem e a cultura. In: LEONTIEV, A. N. **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa: Livros Horizonte. s.d. p. 261-283.

LEONTIEV, A. N. Os princípios psicológicos da brincadeira pré-escolar: In: VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo. Ícone, 2001. p. 103-117.

MACHADO, A.I. B.; JESUS, A. A. G. S.; FILGUEIRAS, M. S. T. A importância da ajuda psicológica na preparação para cirurgia com crianças. **CES Revista**, v. 22, p. 223-238, 2008. Disponível em: https://www.cesjf.br/revistas/cesrevista/edicoes/2008/a_importancia_da_ajuda.pdf. Acesso em: 05 ago. 2018.

MAIA, E. B. S.; MELO, L. L.; LA BANCA, R. O. **O brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem**. No prelo.

MARCHIONI, S. A. E. A formação de vínculo no atendimento odontológico. In: LILIANA SEGER. **Psicologia e Odontologia** uma abordagem integradora. São Paulo: Santos, 2002. p. 33-42.

MARTINS, R. J.; BELILA, N. M.; GARBIN, C. A. S.; GARBIN, A. J. I. Medo e ansiedade dos estudantes de diferentes classes sociais ao tratamento odontológico. **Arch Health Invest**, v. 6, n. 1, p. 43-47, 2017. Disponível em: <http://www.archhealthinvestigation.com.br/ArchI/article/view/1785/pdf>. Acesso em: 28 maio 2018.

MARTINS, L. M.; CARVALHO, B. A atividade humana como unidade afetivo-cognitiva: um enfoque histórico-cultural. **Psicologia em estudo**, v. 21, n. 4, p. 699-710, out./dez., 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/32431/pdf>. Acesso em: 31 jan. 2020.

MARTINS, L. M. **O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da psicologia histórico-cultural e da pedagogia histórico-crítica**. Campinas, SP: Autores Associados, 2013.

MELO, R. B.; LIMA, F.C.; MOURA, G.M.; SILVA, P. G. B.; GONDIM, J. O.; MOREIRA-NETO, J. J. S. Avaliação da relação entre procedimentos odontológicos e comportamento infantil. **Rev Odontol Bras Centra**, v. 24, n. 68, p. 20–25, 2015. Disponível em: <http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/912/785>. Acesso em: 19 jun. 2018.

MINAYO, C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLADES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. p. 61-77.

MINAYO, C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLADES, S. F. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 9-29.

MINAYO, C. S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 24, n.2, p. 70-77, abr./jun. 1991.

MOREIRA, K. M. S.; IMPARATO, J. C. P.; TEIXEIRA, K. B.; REIS, J. B.; NAVARRO, R. S.; DRUGOWICK, R. M. **Rev. Assoc Paul Cir Dent**, v. 69, n. 2, p. 135-141, 2015. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/apcd/v69n2/a05v69n2.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2020.

MOTA, L. Q.; FARIAS, D. B. L. M.; SANTOS, T. A. Humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes atendidos por alunos de graduação nos campos de estágio. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 4, p. 537–544, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/10494/9123>. Acesso em: 12 jul. 2018.

MURRER, R. D. FRANCISCO, S. S. ENDO, M. M. Ansiedade e medo no atendimento odontológico de urgência. **Rev. Odontol Bras Central**, v. 23, n. 67, p. 196-201, 2014. Disponível em: <http://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/viewFile/829/760>. Acesso em: 15 set. 2018.

NEDEL, W. L.; SILVEIRA, F. Os diferentes delineamentos de pesquisa e suas particularidades na terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 28, n. 3, p. 256-260, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v28n3/0103-507X-rbti-28-03-0256.pdf>. Acesso em 14 fev. 2019.

OLIVEIRA, T. N.; PALMEIRA A. T. As funções do brincar para criança hospitalizada. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v.7, n 1, p, 58-69, 2018. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/1800/1673>. Acesso em: 11 jul. 2018.

OLIVEIRA, C. S.; MAIA, E. B.; BORBA, R. I.; RIBEIRO, C. A. Brinquedo terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v.15, n.1, p. 21–30, 2015. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n1/vol_15_n_2-artigo-de-pesquisa-3.pdf. Acesso em 28 de julho de 2018.

OLIVEIRA, J. C. C. Atividades lúdicas na Odontopediatria: uma breve revisão da literatura. **Rer. Bras. Odontol**, v. 71, n. 1, p. 103-107, jan./jun., 2014. Disponível em: <http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/view/510>. Acesso em: 15 jul. 2018.

OLIVEIRA, M. F.; MORAES, M. V. M.; EVARISTO, P. C. S. Avaliação da ansiedade dos pais e crianças frente ao tratamento odontológico. **Pesq. Bras. Odontoped. Clin. Integr**, v. 12, n. 4, p. 483-489, out./dez., 2012. Disponível em:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63724924006>. Acesso em: 23 ago. 2018.

OLIVEIRA, M. A. P.; PARENTE, R. C. M. Entendendo ensaios clínicos randomizados. **Bras. J. Video-Sur**, v. 3, n. 4, p. 176-180, 2010. Disponível em: https://www.sobracil.org.br/revista/jv030304/bjvs030304_176.pdf. Acesso em: 20 abr. 2018.

PASQUALINI, J. C. Periodização do desenvolvimento psíquico à luz da escola de Vigotski: a teoria histórico-cultural do desenvolvimento infantil e suas implicações pedagógicas. In: MARSIGLIA, A. C. G (Org.). **Infância e pedagogia histórico-crítica**. São Paulo: Autores associados, 2013. p. 71-97.

PEREIRA, V. Z.; BARRETO, R. C.; PEREIRA, G. S.; CAVALVANTI, H. R. B.B. Avaliação dos níveis de ansiedade em pacientes submetidos ao tratamento odontológico. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 55-64, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/15985> Acesso em: 21 jun. 2018.

PERÔNIO, T. N.; SILVA, A. H.; DIAS, S. M. O medo frente ao tratamento odontológico no contexto do Sistema Único de Saúde: uma revisão de literatura integrativa. **Revista Periodontia**, v. 29, n. 1, p. 37-43, 2019. Disponível em: http://www.revistasobrape.com.br/arquivos/2019/marco/REVPERIO_MAR%C3%87O_2019_PUBL_SITE_PAG-37_A_43%20-%2020-04-2019.pdf. Acesso em: 08 jan. de 2020.

PESSOA, A. V. C.; SANTOS, A. F.; CRUZ, D. S. M.; MARQUES, D. K. A.; LUBENOW, J. A. M. Brinquedo terapêutico: preparo de crianças em idade pré-escolar para punção venosa. **Revista de ciências da saúde Nova esperança**, v.16, n. 1, p. 64-72, 2018. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2018/05/8.-BRINQUEDO-TERAP%C3%87AUTICO-PREPARO-DE-CRIAN%C3%87AS-EM-IDADE-PR%C3%89-ESCOLAR-PARA-PUN%C3%87%C3%83O-VENOSA.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

PICHÓN RIVIÈRE, Enrique. **Teoria do vínculo**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PINO, A. A psicologia concreta de Vigotski: implicações para a educação. **Revistas PUCSP**, n. 7/8, 1999. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/psicoeduca/article/view/42857/28539>. Acesso em: 12 jan. 2020.

PINO, A. Ensinar-aprender em situação escolar: perspectiva histórico-cultural. **Contrapontos**, v. 4, n. 3, p. 439-460, set./dez., 2004. Disponível em: <https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rc/article/view/793/645>. Acesso em: 14 jan. 2019.

PINO, A. A produção imaginária e a formação do sentido estético. Reflexões úteis para uma educação humana. **Pro-Posições**, v. 17, n. 2, maio/ago. 2006. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/proposic/article/view/8643628/11147>. Acesso em: 16 jan. 2020.

PONTES, J. E. D.; TABET, E.; FOLKMANN, M. A. S.; CUNHA, M. L. R.; ALMEIDA, F. A. Brinquedo terapêutico: preparando a criança para a vacina. **Einstein**, v. 13, n. 2, p. 238-242, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1679-45082015000200012&script=sci_arttext&tIng=pt. Acesso: 13 nov. 2019.

PORTO, K. M.; MARTINS, L. M. Formação de sistemas conceituais e o desenvolvimento do pensamento: implicações para a educação escolar. Nuances: estudos sobre Educação, v. 29, n. 3, p. 4-22, set./dez., 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/332643835_FORMACAO_DE_SISTEMAS_CONCEITUAIS_E_O_DESENVOLVIMENTO_DO_PENSAMENTO_IMPLICACOES_PARA_A_EDUCACAO_ESCOLAR. Acesso em: 03 jan. 2020.

PRESTES, Z.; TUNES, E. **7 aulas de L. S. Vigotski sobre os fundamentos da Pedologia**. Rio de Janeiro: E-papers, 2018.

RIBEIRO, I. R.; DEWET, S. M. S.; COUTINHO, T. C. L. Avaliação da ansiedade infantil frente ao tratamento odontológico através da escala visual analógica (Eva). **Revista Fluminense de Odontologia**, v.22, n. 45, jan./jun. 2016. Disponível em: <http://www.ijosd.uff.br/index.php/n37/article/view/328/211>. Acesso em: 26 jun. 2018.

ROCCO, T. Z. SANTOS, G. R. Psicodiagnóstico infantil: uma visão além do brincar. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 37, n. 1, p. 93-102, jan./jun., 2016. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/23998>. Acesso em: 15 maio 2018.

SANSHOTENE, M. C.; REIS, A. C. M.; BOLSSON, G. B.; PEREIRA, K. C. R.; CARPES, A. D.; SANTOS, B. Z. Ansiedade, estresse e fatores associados na clínica odontológica infantil. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 18, n. 1, p. 39-57, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unifra.br/index.php/disciplinarumS/article/view/2250/2014>. Acesso em: 22 jun. 2018.

SANTOS, J. J. S.; TOMÉ, M. S. S.; PAULA, D. M. M.; NOBRE, N. E. C.; SILVA, F. B.; FERREIRA, A. C.; CARNEIRO, S. V. Avaliação da ansiedade dos pais e/ou responsáveis frente ao tratamento odontológico em crianças. **JOAC**, v. 3, n. 1, 2017. Disponível:

<http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/joac/article/view/1681/1392>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SANTOS, E.; NEME, C. M. B.; TAVANO, L. A. Efeitos de intervenção psicológica preparatória à cirurgia no processo de adaptação pós-operatória, em pacientes submetidos à cirurgia ortognática. **Rev. Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 2, p. 5-17, maio/agosto, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2000000200001&script=sci_abstract&tlng=en. Acesso em: 13 set. 2018.

SAWAIA, B. B.; SILVA, D. N. H. Pelo reencantamento da psicologia: em busca da positividade epistemológica da imaginação e da emoção no desenvolvimento humano. **Cad. Cedes**, v. 35, n. Especial, p. 343-360, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-32622015000400343&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 jan. 2020.

SECCO, A. C.; BENINCÁ, C.; SCORTEGAGNA, S. A.; TOGNON, A. P.; ESPÍNDOLA, A. V.; MOGNON, J. Intervenção psicológica vídeo-orientativa em pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco. **Psico**, v. 48, n. 3, p. 205-2015, 2017. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/22773>. Acesso em: 12 jun. 2018.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SIGAUD, C. H. S.; SANTOS, B. R.; COSTA, P.; TORIYAMA, A. T. M. Promoção da higiene bucal de pré-escolares: efeitos de uma intervenção educativa lúdica. **Rev. Bras Enferm**, v. 70, n. 3, p. 545-51, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n3/pt_0034-7167-reben-70-03-0519.pdf. Acesso em: 04 jan. 2020.

SILVA, S. G. T. D.; SANTOS, M. A.; FLORIANO, C. M. F. Influência do brinquedo terapêutico na ansiedade de crianças escolares hospitalizadas: ensaio clínico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1244-1249, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601244&lng=en&tlng=en. Acesso em: 06 jun. 2018

SILVA, L. F. P.; FREIRE, N. C.; SANTANA, R. S.; MIASATO, J. M. Técnicas de

manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. **Rev. Odontol. Univ. Cid. São Paulo**, v. 28, n. 2, p. 135-142, mai-ago, 2016. Disponível em: http://arquivos.cruzeirodosuleducacional.edu.br/principal/old/revista_odontologia/pdf/maio_agisto_2016/Odonto_02_2016_135-142_1.pdf. Acesso em: 23 nov. 2019.

SIRGADO, A. P. **A corrente sócio-histórica de psicologia**: fundamentos epistemológicos e perspectivas educacionais. Em aberto, Brasília, ano 9, n.48, p. 60-67, 1990. Disponível em: http://www.proiac.uff.br/sites/default/files/documentos/corrente_socio-historica_repeb.pdf. Acesso em: 12 jan. 2020.

SOARES, F. C. LIMA, D. S. M. BARRETO, K. A. COLARES, V. A ansiedade odontológica em crianças e os fatores associados: revisão de literatura. **Psicologia, Saúde e Doenças**, v. 16, n. 3, p. 373-385, 2015. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862015000300008. Acesso em: 04 set.2018.

SOARES, M. R. Z.; BOMTEMPO, E. A criança hospitalizada: análise de um programa de atividades preparatórias para o procedimento médico de inalação. **Rev. Estudos de Psicologia**, v. 21, n. 1, p. 53-64, jan./abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2004000100005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 set. 2018.

SOUZA, R. L. GUIMARÃES, A. R. D. DUARTE, P. C. T. AMARAL, M. T. R. COSTA, H. S. SILVA, R. L. S. Necessidade de tratamento odontológico e níveis de ansiedade em adolescentes. **Bahiana de Odontologia**, v. 8, n.2, p. 37-42, jun. 2017. Disponível: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vxKvMNIBGp4J:https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/download/1308/1086+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 20 jul. 2018.

SOUZA, R. F. O que é um estudo clínico randomizado? **Rev. USP**, v. 42, n. 1, p. 3-8, mar. 2009. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/issue/view/38>. Acesso em: 15 maio 2018.

TOME, M. S. S.; NETO, R. S. M.; ALENCAR, A. A.; ALVES, I. F. S.; LOPES, K. S.; CARNEIRO, S. V. Avaliação da ansiedade dos pais e/ou responsáveis frente ao tratamento odontológico em crianças. **Braz. J. Srug. Clin. Res.** V, 25, n. 1, p. 13-16, 2019. Disponível em: https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181204_202750.pdf. Acesso em: 16 jan. 2020.

TORRIANI, D. D.; TEIXEIRA, A. M.; PINHEIRO, R.; GOETTEMMS, M. L.; BONOW, M. L. M. Adaptação transcultural de instrumentos para mensurar ansiedade e

comportamento em clínica odontológica infantil. **Arquivos em Odontologia**, v. 44, n. 4, out./dez., 2008. Disponível em: <https://seer.ufmg.br/index.php/arquiosemodontologia/article/view/1641>. Acesso em: 09 maio 2018.

TOVO, M. F.; FACCIN, E. S.; VIVIAN, A. G. Psicologia e odontopediatria: contextualização da interdisciplinaridade no Brasil. **Aletheia**, v.49, n.2, p. 76–88, jul./dez. 2016. Disponível: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/v49n2/v49n2a09.pdf>. Acesso em: 07 jul. 2018.

VIERA, C. S. Técnicas de enfermagem em pediatria. *In*: COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIERA, C. S. **Manual de enfermagem em pediatria**. Goiânia: AB, 2010.

VIGOTSKI, L. S. A crise dos sete anos. **Obras escogidas**. Tomo IV. Madrid, 2009.

VIGOTSKII, L. S. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar. *In*: VIGOTSKII, L. S.; LURIA, A. R.; LEONTIEV, A. N. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Ícone, 2001. p.103-117.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - CRIANÇA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Criança

Pág. 1/3



UNIOESTE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
BIOCIÊNCIAS E SAÚDE

**Pesquisa: " ANSIEDADE EM CRIANÇAS EM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO:
 ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO"**

Pesquisador Responsável: Profa. Patricia Oehlmeyer Nassar

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O menor de idade pelo qual o(a) senhor(a) é responsável está sendo convidado(a) como voluntário (a) a participar do estudo Ansiedade em crianças em tratamento odontológico: estudo clínico randomizado.

Os objetivos desta pesquisa consistem em avaliar a relevância do preparo psicológico como fator possível para minimizar a ansiedade em crianças que serão atendidas na clínica de odontopediatria da UNIOESTE. Para isto, serão comparados os resultados entre os grupos intervenção e controle, relacionando os níveis de ansiedade entre os pacientes e seus responsáveis, avaliado o comportamento infantil durante os procedimentos e, por fim, proposto um programa de preparo psicológico para o atendimento em odontopediatria.

Acreditamos que este estudo seja importante para a construção de novas formas de pensar e agir nas práticas em saúde que compreendam o ser humano de forma integral e interdisciplinar. Além de promover formação acadêmica e profissional dos pesquisadores envolvidos.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A participação do menor de idade pelo qual o(a) senhor(a) é responsável no referido estudo será de respondente em questionário com questões fechadas e participação em procedimentos de preparo psicológico em que irão fazer uma visita à clínica de odontologia e realizar a técnica de Brinquedo terapêutico em que irá brincar com bonecos e materiais de odontologia.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Pode-se esperar alguns benefícios da pesquisa a se realizar, tais como o conhecimento de procedimentos que visam a prevenção e promoção à saúde mental

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

e bucal. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da participação do menor, contudo é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos como identificação do respondente, dos quais medidas serão tomadas para sua redução, tais como manter o máximo sigilo sobre os questionários, sendo que os mesmos não precisam ser assinados.

SIGILO E PRIVACIDADE

A privacidade do menor de idade pelo qual o(a) senhor (a) é responsável será respeitada, ou seja, nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da participação. A participação dele(a) não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação sem precisar justificar. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

O(A) senhor(a) e o menor de idade pelo qual é responsável não receberão remuneração pela participação. Porém, caso ocorra algum dano decorrente da participação do (a) menor no estudo, será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Aline Vaneli Pelizzoni, vinculados à Universidade Estadual do Oeste do Paraná e com eles poderei manter contato pelos telefones (45) 9 9820-2520 Aline, (45) 9 9117-0903 Patrícia Oehlmeyer Nassar, Cláudia Silveira Vieira (45) 9 9912-0066

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;

2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado(a) e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste - CEP/Unioeste, através do telefone 3220-3272, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____ declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento para a participação do menor (a) _____ que sou responsável, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, pela participação dele(a), sendo que:

() aceito que ele(a) participe () não aceito que ele(a) participe

Dados do responsável do menor participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
Parentesco:	

Cascavel, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da Prof. Orientadora

Assinatura da Prof. Orientadora

Assinatura do pesquisador

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – RESPONSÁVEL

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Responsável

Pág. 1/3



**UNIOESTE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
BIOCIÊNCIAS E SAÚDE**

Pesquisa: " **ANSIEDADE EM CRIANÇAS EM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO:
ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO**"

Pesquisador Responsável: Profa. Patricia Oehlmeyer Nassar

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário (a) a participar do estudo Ansiedade em crianças em tratamento odontológico: estudo clínico randomizado.

Os objetivos desta pesquisa consistem em avaliar a relevância do preparo psicológico como fator possível para minimizar a ansiedade em crianças que serão atendidas na clínica de odontopediatria da UNIOESTE. Para isto, serão comparados os resultados entre os grupos intervenção e controle, relacionando os níveis de ansiedade entre os pacientes e seus responsáveis, avaliando o comportamento infantil durante os procedimentos e, por fim, proposto um programa de preparo psicológico para o atendimento em odontopediatria.

Acreditamos que este estudo seja importante para a construção de novas formas de pensar e agir nas práticas em saúde que compreendam o ser humano de forma integral e interdisciplinar. Além de promover formação acadêmica e profissional dos pesquisadores envolvidos.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

A participação do senhor(a) no referido estudo será de respondente em questionário com questões fechadas que visam a mensuração do nível de ansiedade em relação à consulta e procedimentos odontológicos.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Pode-se esperar alguns benefícios da pesquisa a se realizar, tais como o conhecimento de procedimentos que visam a prevenção e promoção à saúde mental e bucal. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da participação do (a) senhor (a), contudo é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos como

RÚBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR

identificação do respondente, dos quais medidas serão tomadas para sua redução, tais como manter o máximo sigilo sobre os questionários, sendo que os mesmos não precisam ser assinados.

SIGILO E PRIVACIDADE

A privacidade do (a) senhor (a) será respeitada, ou seja, nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar, será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da participação. A participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir da participação sem precisar justificar. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

O(A) senhor(a) não receberão remuneração pela participação. Porém, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Aline Vaneli Pelizzoni, vinculados à Universidade Estadual do Oeste do Paraná e com eles poderei manter contato pelos telefones (45) 9 9820-2520 Aline, (45) 9 9117-0903 Patrícia Oehlmeyer Nassar, Cláudia Silveira Vieira (45) 9 9912-0066

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado(a) e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.

RÚBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR

4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste - CEP/Unioeste, através do telefone 3220-3272, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____ declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo.

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento para a minha participação, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, pela participação, sendo que:

Dados do participante da pesquisa	
Nome:	
Telefone:	
Parentesco:	

Cascavel, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da Prof. Orientadora

Assinatura da Prof. Orientadora

Assinatura do pesquisador

RÚBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR

APÊNDICE C – TERMO ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE) – CRIANÇA

Termo de Assentimento Livre e Esclarecido

Pág. 1/3



**UNIOESTE - UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM
BIOCIÊNCIAS E SAÚDE**

Pesquisa: " **ANSIEDADE EM CRIANÇAS EM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO:
ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO**"

Pesquisador Responsável: Profa. Patrícia Oehlmeyer Nassar

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TALE

Convidamos você para participar da nossa pesquisa quem tem o objetivo de avaliar a relevância do preparo psicológico como fator possível para minimizar a ansiedade em crianças que serão atendidas na clínica de odontopediatria da UNIOESTE. Para isto, serão comparados os resultados entre os grupos intervenção e controle, relacionando os níveis de ansiedade entre os pacientes e seus responsáveis, avaliado o comportamento infantil durante os procedimentos e, por fim, proposto um programa de preparo psicológico para o atendimento em odontopediatria.

Acreditamos que este estudo seja importante para a construção de novas formas de pensar e agir nas práticas em saúde que compreendam o ser humano de forma integral e interdisciplinar. Além de promover formação acadêmica e profissional dos pesquisadores envolvidos.

PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO

Sua participação neste estudo será de respondente em questionário com questões fechadas e participação em procedimentos de preparo psicológico em que fará uma visita à clínica de odontologia e realizará a técnica de Brinquedo terapêutico com bonecos e materiais de odontologia.

RISCOS E BENEFÍCIOS

Pode-se esperar alguns benefícios da pesquisa a se realizar, tais como o conhecimento de procedimentos que visam a prevenção e promoção à saúde mental e bucal. Tudo foi planejado para minimizar os riscos da sua participação, contudo é possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos como a identificação do respondente, dos quais medidas serão tomadas para sua redução, tais como manter

RUBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RUBRICA DO PESQUISADOR

o máximo de sigilo sobre os questionários, sendo que os mesmo não precisam ser assinados.

SIGILO E PRIVACIDADE

Sua identidade não será divulgada e seus dados serão tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas para fins científicos. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados, bem como a não exposição dos dados de pesquisa.

AUTONOMIA

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da participação. A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir sem precisar justificar. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO

A sua participação não irá gerar custo nem ser remunerada. Porém, caso ocorra algum dano decorrente da participação no estudo, será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

CONTATO

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são vinculados à Universidade Estadual do Oeste do Paraná e com eles poderei manter contato pelos telefones (45) 9 9820-2520 Aline Vaneli Pelizzoni, (45) 9 9117-0903 Patrícia Oehlmeyer Nassar e Cláudia Silveira Vieira (45) 9 9912-0066.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, e ter meus direitos de:

1. Receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. Retirar o assentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. Não ser identificado(a) e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. Procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unioeste -

RÚBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR

CEP/Unioeste, através do telefone 3220-3272, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Eu, _____ declaro que li e entendi todas as informações presentes neste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e tive a oportunidade de discutir as informações deste termo. Todas as minhas perguntas foram respondidas e eu estou satisfeito com as respostas. Entendo que receberei uma via assinada e datada deste documento e que outra via assinada e datada será arquivada pelo pesquisador responsável do estudo, sendo que:

() aceito que ele(a) participe () não aceito que ele(a) participe

Cascavel, ____ de _____ de 2019.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da Prof. Orientadora

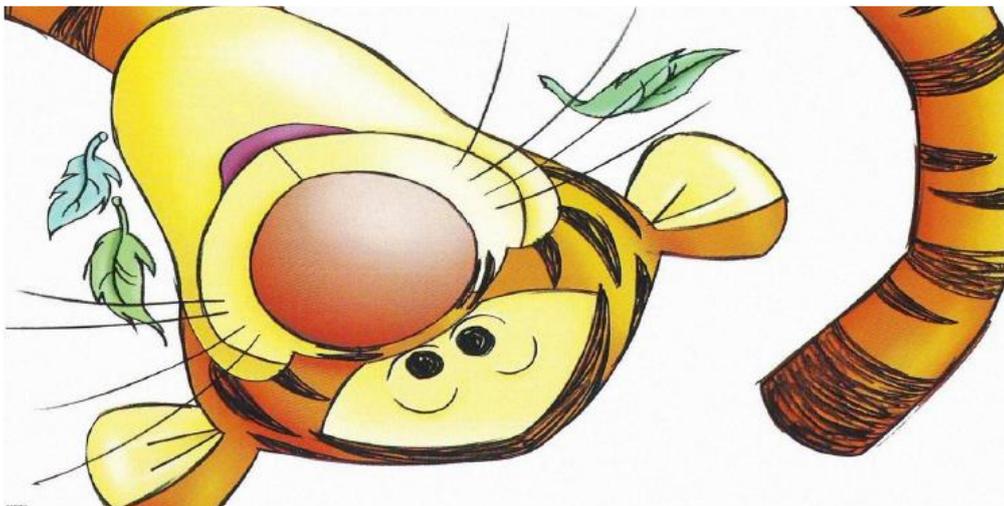
Assinatura da Prof. Orientadora

Assinatura do pesquisador

RÚBRICA DO SUJEITO DE PESQUISA

RÚBRICA DO PESQUISADOR

APÊNDICE D – HISTÓRIA: “TIGRÃO VAI AO DENTISTA”



Tigrão vai ao dentista

Narrador: Tigrão é cheio de energia, adora brincar e conhecer coisas novas. Ele tem oito anos (adequar conforme a idade do paciente em atendimento). Certa vez Tigrão sentiu um incômodo em seus dentes. Quando comia algo quente, como uma sopa, ou tomava alguma coisa gelada, como o sorvete, aquele incômodo piorava muito. Foi então, que Tigrão junto com sua mãe, foi procurar ajuda para entender o que estava acontecendo. Disseram para ele que tem um lugar onde as crianças vão e mostram seus dentes para uma pessoa que se chama dentista e que ajuda as crianças com o incômodo ou com a dor nos dentes. Assim, sua mãe marcou uma consulta nesse lugar para saber o que estava acontecendo e o que deviam fazer.

Chegando lá, Tigrão foi recebido pela dentista Maria. Ela era muito querida e recebeu Tigrão com muita atenção e um sorriso muito bonito.

Maria: - Olá Tigrão! Seja bem-vindo a clínica odontológica, vamos ao consultório?!

Tigrão respondeu contente: - Oi, você pode me dizer o que é esse consultório? O que tem lá?

Maria: - O consultório é uma sala onde eu posso cuidar dos seus dentes, lá tem uma cadeira odontológica, materiais que me ajudam a ver os seus dentes e tratar eles para que fiquem saudáveis.

Tigrão respondeu contente: - Ahhh! Entendi, então vamos sim, estou curioso para conhecer tudo e ficar com um sorriso bonito como o seu.

Narrador: Maria também cumprimentou a mãe de Tigrão e pediu para que ela os acompanhasse, pois na primeira consulta é muito importante que ela também participe. Assim tanto Tigrão quanto sua mãe vão aprender sobre os cuidados com os dentes e sobre todas as coisas que estão incomodando em seus dentes.

Maria os levou até o consultório; lá tinham várias cadeiras de dentista. O consultório estava bem limpo e organizado, todos vestiam jalecos brancos para se proteger de bactérias, vírus e fungos que são “bichinhos” invisíveis aos nossos olhos, e

que podem nos deixar doentes. Maria então, pediu para que Tigrão se sentasse na cadeira de dentista.

Maria: - Tigrão, você sabe que que essa cadeira sobre, desce e deita? Que tem um foco de luz aqui em cima para ajudar a ver melhor seus dentes?

Tigrão respondeu animado: - Verdade? Que legal! Essa cadeira é muito legal.

Narrador: No lugar em que Tigrão foi atendido pela dentista tinha também uma pia para lavar as mãos e uma caixa de plástico com alguns materiais. Havia ainda uma mesinha atrás da cadeira do dentista com os instrumentos e materiais que ela iria usar para cuidar dos dentes do Tigrão.

Maria: - Tigrão, deite na cadeira. Vou examinar seus dentes, gengiva e bochecha. Você sabe que saúde bucal não é apenas o cuidado com os dentes, mas também com sua gengiva e bochechas?

- Se você não escovar e passar fio dental nos dentes direitinho a sua gengiva pode inflamar e ficar dolorida. Quando isso acontece chamamos de gengivite. Se ela não for tratada em tempo você pode até perder seus dentes, porque a gengivite é o primeiro passo para ter uma doença mais grave.

Narrador: Maria também explicou para Tigrão que ele precisaria ficar com a boquinha aberta durante o atendimento, mas poderia erguer a mão para mostrar se estivesse com algum desconforto.

Em seguida ela colocou o babador em Tigrão para protegê-lo da pasta de dente que poderia cair e sujar sua camiseta, e daqueles bichinhos invisíveis aos nossos olhos. Maria também estava bem protegida, usava luvas, máscara, touca, óculos transparente e jaleco.

Maria: -Vamos ver esses dentes Tigrão, abra sua boca bem grande e fique com ela aberta enquanto eu olho aqui dentro de sua boca para saber quais dentes vão precisar ser tratados. Hoje eu vou fazer uma limpeza em seus dentes, pra isso vou usar uma escova de dentes especial com um motorzinho que faz ela girar sozinha, fio dental, creme dental, sonda exploratória, pinça clínica e o espelho.

- Quando Maria terminou a limpeza disse ao Tigrão: na próxima consulta vamos tratar os seus dentinhos que não estão bem.

- Cuide bem de seus dentes, pois eles são parte muito importantes do seu corpo. E cuide de sua boca pois é por ela que os bichinhos entram e podem te deixar doente.

Tigrão agradeceu Maria: - Obrigado! Estou contente em ter aprendido várias coisas novas e como cuidar da minha boca e evitar doenças.

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS SOCIOECONÔMICO



DADOS PESSOAIS E HISTÓRICO DO PACIENTE E RESPONSÁVEL

1. Identificação do paciente:

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/_____ Idade: _____ anos Sexo: _____

Dificuldade de aprendizado na escola? () sim () não Série: _____

Debilidade mental ou deficiência cognitiva? () não () sim, _____

É a primeira vez ao dentista? () sim () não

Procedimentos realizados no dentista?

() avaliação () restauração () selante () extração () limpeza

Aceitou o tratamento sem problemas? () sim () não

Interrompeu o tratamento? () sim () não

Qual o motivo? _____

Esteve ou está em tratamento psicológico? () não () sim, motivo _____

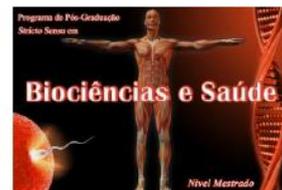
Faz uso de algum medicamento controlado? () não () sim, qual _____

Responsável: _____

Parentesco: _____ Idade: _____ anos Sexo: _____

Escolaridade: _____ Ocupação: _____

APÊNDICE F – CHECK LIST SINAIS E SINTOMAS DE ANSIEDADE E MEDO ODONTOLÓGICO



SINAIS E SINTOMAS DE ANSIEDADE E MEDO ODONTOLÓGICO

1. Identificação do paciente:

Nome: _____

2. Manifestações comportamentais:

Paciente esteve colaborativo durante todo o atendimento?

() sim

() não, demonstrou recusa ao tratamento com manifestações de:

I) Manifestação verbal ()

II) Choro ()

III) Recusa em abrir a boca ()

IV) Tentativa de evitar o tratamento ()

V) Vômito ()

VI) Agressividade ()

**APÊNDICE G – ARTIGO SUBMETIDO A REVISTA INTERFACE -
COMUNICAÇÃO, SAÚDE E EDUCAÇÃO**

PREPARO PSICOLÓGICO PARA O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM
CRIANÇAS: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO

PREPARO PSICOLÓGICO PARA O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM
CRIANÇAS: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO

Aline Vaneli Pelizzoni¹
Patrícia Oehlmeyer Nassar²
Cláudia Silveira Viera³
Rejane Teixeira Coelho⁴
Maria Daniela Basso de Souza⁵
Adriano Hoshi⁶
Isabela Manguê Popielek⁷
Natália Gomes do Vale⁸
Ali Hussein Fahs⁹
Lariana Rafaela Ribeiro Waligura¹⁰
Bárbara Brusco¹¹
Lucia Gaiardo¹²
Carlos Augusto Nassar¹³

¹Mestranda em Biociências e Saúde na Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: biosaude.unioeste@gmail.com. Rua Universitária, 2069 – Jardim Universitário, Cascavel, Paraná, Brasil – CEP: 85819-110. Tel: (45) 3220-3132 (45) 99820-2520. E-mail: aline.vaneli@gmail.com. ID ORCID: 0000.0003.1125.0200.

² Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, paraná, Brasil. E-mail: ponassar@yahoo.com. ID ORCID: 0000.0003.3791.0334.

³ Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: clausviera@gmail.com. ID ORCID: 0000-0002-0900-4660.

⁴ Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: enajerco@uol.com.br. ID ORCID: 000.0002.8630.

⁵ Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: mdanibs@gmail.com. ID ORCID:0000.0002.7238.060x.

⁶ Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: adrhoshi@gmail.com. ID ORCID: 0000.0001.9492.4973.

⁷ Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: opiolekisabela@hotmail.com. ID ORCID: 0000-0003-3785-9188.

⁸ Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: atalia_gvw@hotmail.com. ID ORCID: 0000-0003-3665-7496.

⁹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: alifahs97@hotmail.com. ID ORCID: 0000-0003-4220-5349.

¹⁰ Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: ID ORCID: larianarafaelaw@gmail.com 000-0002-4902-9758.

¹¹ Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail:babrusco@hotmail.com. ID ORCID: 0000-0001-8030-9144.

¹² Acadêmica do curso de Odontologia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, Paraná, Brasil. E-mail: luciagaiardo@hotmail.com. ID ORCID: 000-0002-6778-2380.

¹³ Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, paraná, Brasil. E-mail: canassar@yahoo.com. ID ORCID: 0000.0002.8647.413x.

Preparo psicológico para o tratamento odontológico em crianças: estudo clínico randomizado.

Trata-se de um estudo interdisciplinar em saúde com objetivo de avaliar o preparo psicológico em crianças submetidas ao tratamento odontológico, e a correlação de ansiedade e medo entre elas e seus pais. Desenvolvida a partir de estudo clínico randomizado, com delineamento quantitativo e qualitativo, fundamentada na Psicologia histórico-cultural. O preparo ocorreu por meio do brinquedo terapêutico instrucional e apresentação do consultório, materiais e instrumentos odontológicos. As falas produzidas durante a aplicação da técnica resultaram na análise de conteúdo e demonstraram ressignificação do processo de cuidados com saúde bucal por meio da aprendizagem. Os dados quantitativos foram coletados a partir dos questionários Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale, aplicado nas crianças e a escala de CORAH aplicada nos pais. Evidenciou-se a efetividade do preparo psicológico, e que não há correlação significativa entre a ansiedade das crianças com seus pais.

Palavras-Chaves: Ansiedade ao tratamento odontológico. Odontopediatria. Psicologia da saúde.

Psychological preparation for dental treatment in children: a randomized clinical study

This is an interdisciplinary health study aimed at assessing the psychological preparation in children undergoing dental treatment, and the correlation of anxiety and fear between them and their parents. Developed from a randomized clinical study, with quantitative and qualitative design, based on historical-cultural psychology. The preparation took place through the instructional therapeutic toy and presentation of the office, dental materials and instruments. The statements produced during the application of the technique resulted in a content analysis and demonstrated a new meaning in the oral health care process through learning. Quantitative data were collected from two Children's Fear Survey Schedule Dental Subscale questionnaires applied to children and the CORAH scale applied to parents. The effectiveness of psychological preparation was evidence, and there is no significant correlation between children's anxiety with their parents.

Keywords: Anxiety to dental treatment. Pediatric dentistry. Health psychology.

Preparación psicológica para el tratamiento dental en niños: estudio clínico aleatorio

Este es un estudio de salud interdisciplinario destinado a evaluar la preparación psicológica en niños sometidos a tratamiento dental y la correlación de ansiedad y miedo entre ellos y sus padres. Desarrollado a partir de un estudio clínico aleatorio, con diseño cuantitativo y cualitativo, basado en la psicología histórico-cultural. La preparación se realizó a través del juguete terapéutico instructivo y la presentación del consultorio, materiales e instrumentos dentales. Las declaraciones producidas durante la aplicación de la técnica dieron como resultado el análisis de contenido y demostraron en el proceso de atención de la salud oral a través del aprendizaje. Se recopilaron datos cuantitativos de cuestionarios de subescala dental de Child's Fear Survey Schedule aplicados a niños y la escala CORAH aplicada a padres. Evidenció la efectividad de la preparación psicológica y que no existe una correlación significativa entre la ansiedad de los niños con sus padres.

Palabras clave: Ansiedad al tratamiento dental. Odontología pediátrica. Psicología de la salud.

INTRODUÇÃO

A infância é um período de muitas descobertas de si e do mundo, e esta relação é de particular interesse para a Psicologia Histórico-Cultural. Compreende-se, nessa perspectiva, que o desenvolvimento ocorre à medida que a criança se apropria da realidade social e cultural, e não de maneira natural guiado apenas por leis biológicas. O desenvolvimento está subordinado às condições e oportunidades fornecidas para que o sujeito apreenda os conceitos historicamente sistematizados e possa subjetivá-los de acordo com a realidade objetiva e concreta que se apresenta a ele^{1 2 3 4}.

Cabe destacar que a criança encontra-se em processo de desenvolvimento e sensível à aprendizagem, sem a qual o desenvolvimento não é possível¹, é relevante considerar este momento adequado para inserir na realidade infantil conhecimentos sobre saúde. À medida que há o desenvolvimento consciente, conhecimento da realidade, pela aprendizagem, a criança passa a ser sujeito do próprio processo de saúde e ativo nos cuidados de si. Ao passo que saúde é interpretada a partir da “conjuntura social, econômica, política e cultural.”⁵ (30) e relaciona-se aos fatores históricos e culturais da sociedade em que se vive, atrelada ainda, às questões científicas, religiosas, filosóficas e individuais de cada sujeito.

Dada a relevância das relações vivenciadas pela criança, (re)pensar as práticas profissionais relativas ao binômio, saúde-doença, nos diferentes serviços de saúde, nos leva ao exercício da interdisciplinaridade, produzindo-se com isto um diálogo no campo da saúde de tal maneira que as especialidades sejam expandidas em seus métodos e práticas⁶. A proposição da interdisciplinaridade é estabelecer vínculos entre as disciplinas, integrando-as para responder os problemas complexos que demandam da sociedade e da vida humana⁷.

Com isto, são crescentes os números de pesquisas que relacionam a experiência psicoafetiva infantil nos consultórios odontológicos, com sintomas de medo e ansiedade desencadeados a partir das experiências nos cuidados com a saúde bucal, relacionando assim, a práxis da odontopediatria com o saber psicológico. O medo é uma reação de defesa em circunstâncias entendidas como ameaçadoras e ou perigosas advindas de um objeto real⁸. A ansiedade é um estado de apreensão mesmo quando não há perigo evidente⁹, e pode ser ocasionado devido a representantes internos e ou externos, reais ou imaginários¹⁰.

Bottan et al.¹¹ discorrem que a associação entre tratamento odontológico e medo não são intrínsecos ao indivíduo, mas sim, apreendidos durante o processo de socialização, por meio do contato com os procedimentos odontológicos, meios de comunicação e pelas experiências de outras pessoas. Diante disso, cabe a reflexão, se as ações interdisciplinares no tratamento odontológico infantil, podem contribuir para reduzir o medo e a ansiedade da criança e promover processos de aprendizagem, pelos quais poderá ser mais ativa e consciente com os cuidados com a higiene bucal.

Tratando-se da infância, pesquisadores destacam que intervenções lúdicas auxiliam no preparo psicológico^{12 13 14}, pois compreendem que ao brincar a criança se expressa, deixando emergir seus medos e anseios. Esta compreensão é amplamente discutida nas práticas de saúde em serviços de enfermagem e psicologia e vem se estruturando em trabalhos de odontopediatria^{15 16 17 18 19}.

Nessa direção, a técnica do Brinquedo Terapêutico Instrucional (BTI) é um importante aliado nos atendimentos em ambientes de saúde, pois é um instrumento lúdico, adequado às condições de desenvolvimento cognitivo da criança²⁰ e, contribui para a tomada de consciência dos aspectos de saúde e suas implicações pelo caráter educativo. Importante ressaltar o caráter educativo desta técnica e a concordância dela com a proposição da Psicologia Histórico Cultural que refere-se à apropriação das dimensões sociais e culturais, tornando o sujeito ativo na relação com os objetos do seu mundo externo.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A pesquisa foi desenvolvida a partir do delineamento do Estudo Clínico Randomizado (ECR) e prospectivo, tipo cego, com análise quantitativa e qualitativa dos dados e técnicas aplicadas. Para isto, a população estudada foi randomizada em grupo controle (GC) e grupo intervenção (GI). Participaram da pesquisa, 26 crianças, de ambos os sexos, com idade de oito e nove anos, e seus pais e ou responsáveis.

A amostra foi pareada em idade e sexo, e todas as crianças passaram pelo mesmo procedimento de profilaxia. O CG foi atendido a partir da técnica habitual da clínica (falar-mostrar-fazer). Os procedimentos de preparo psicológico consistiram

inicialmente na apresentação do consultório, materiais e instrumentos e, após a aplicação da técnica do BTI. Contava-se a história “Tigrão vai ao Dentista”, elaborada pelos pesquisadores, de conteúdo semelhante à intervenção odontológica de profilaxia.

Após a narrativa da história era proposto para a criança, a protagonização do papel do dentista para tratar os dentes do boneco terapêutico. Este procedimento foi registrado em diário de campo. Também, foram observadas manifestações de ansiedade e medo, conforme literatura, e registradas em checklist durante o tratamento odontológico feito nas crianças.

A pesquisa foi realizada em duas etapas, primeiro, com a coleta dos dados quantitativos através dos questionários: Children’s Fear Survey Schedule Dental Subscale (CFSS-DS), aplicado nas crianças e a escala de Ansiedade de CORAH (DAS), aplicada nos pais. Todos os participantes responderam aos questionários anterior aos procedimentos e posterior a estes.

Na segunda etapa, a coleta qualitativa foi feita mediante intervenção com o BTI – apenas no GI, as ações e falas das crianças foram registradas em diário de campo durante a protagonização com o brinquedo. Estas informações, subsidiaram a análise de unidade temática de significação, conforme análise de conteúdo de Bardin²¹. As unidades temáticas foram separadas seguindo a sequência da proposta de intervenção e, a partir da aparição de significados que se relacionavam ao objetivo do estudo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos mediante parecer consubstanciado 3.058.363, e registrado na base de dados do Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBEC), número de registro RBR-2t5j87.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A intervenção psicológica para o preparo de crianças para o tratamento odontológico com o BTI, evidenciou a diminuição da ansiedade e medo no momento pós intervenção, em relação ao pré-intervenção (tabela 1), para ambos os grupos, contribuindo com o bem-estar do paciente, na relação com o profissional odontólogo

e com o tratamento em si. Em consonância, estudo recente²² comprovou a efetividade do atendimento psicoterápico, cognitivo-comportamento, em crianças e adolescentes noruegueses entre 10 e 16 anos por meio da escala CFSS-DS.

INSERIR AQUI TABELA 1.

O mesmo foi comprovado na classificação dos níveis de ansiedade e medo, através da escala CFSS-DS, que relaciona em baixo, médio e alto nível (tabela 2). No momento pós teste, ambos os grupos representaram maioria com nível baixo de ansiedade e medo, o que demonstra efetividade no atendimento nas duas técnicas. Contudo, não houve significância estatística entre as técnicas: intervenção psicológica com BTI, realizada no GI e a técnica habitual da clínica, falar-mostrar-fazer empreendida no GC.

Apesar de ambas apresentarem em seus objetivos, o conhecimento da criança sobre determinada situação, elas denotam proposição de ensino-aprendizagem em níveis diferentes pelo próprio delineamento metodológico.

INSERIR AQUI TABELA 2.

A tabela 3, demonstra os valores de correlação entre os escores de ansiedade das crianças com os responsáveis, o pressuposto inicial que relacionava a ansiedade infantil com a dos pais, referido na literatura, não apresentou significância estatística na população estudada. Pesquisa realizada por Ferreira e Oliveira²³, apresentaram resultados semelhantes aos verificados na pesquisa, em que não há relação estatística significativa entre a ansiedade odontológica de pais e filhos. Todavia, pesquisas apontam influência negativa no tratamento quando há participação dos responsáveis e, significativa correlação entre a ansiedade da díade^{24 25 26}.

A correlação estatística, pré-teste e pós-teste, constatou relação significativa e forte nos escores das crianças quando tomadas como seu próprio controle, o mesmo ocorreu com a correlação dos pais. Isso, confirma correlação forte e significativa entre os momentos, anterior e posterior ao atendimento. Cabe observar, que as escalas aplicadas nas crianças e nos pais, possuem pontuação dos escores diferentes, infere-se que isto pode influenciar na análise estatística de correlação entre eles.

INSERIR AQUI TABELA 3.

A análise individual das questões do CFSS-DS (tabela 4), evidenciaram significância estatística nas médias dos escores na redução da ansiedade e medo de

algumas situações questionadas em relação às outras. Não há na literatura, estudo que descreva os motivos de alguns medos se sobressaírem, ou qual intervenção tem maiores benefícios sobre cada umas das questões.

Destaca-se que a proposta de intervenção, não incluiu procedimentos invasivos como a anestesia, entretanto, houve diferença estatística significativa para a efetividade na redução de ansiedade medo mesmo em procedimento invasivo, conforme média do escore da questão três.

Infere-se a relação estabelecida entre o profissional e o paciente forte aliada para transmitir segurança e, por conseguinte diminuir a ansiedade. Tome et. al.²⁷ alerta sobre a importância da relação entre a criança, pais e profissional, tendo em vista o sucesso do tratamento. É relevante o exame aprofundado individual das perguntas que compõe o referido teste e a relação com as técnicas interventivas de preparo psicológico.

INSERIR AQUI TABELA 4.

Os atendimentos de profilaxia foram registrados sem manifestações de ansiedade ou medo, conforme descritos na literatura. É válido considerar que a profilaxia é um procedimento indolor, em geral, não causa desconforto, dor ou gera ansiedade, exceto em crianças menores de seis anos²³. Conforme estudo realizado por Melo et. al.²⁸ comprovou-se a correlação significativa entre ansiedade e procedimentos invasivos (preparo cavitário, anestesia e exodontia) superior aos tratamentos não invasivos (exame clínico e profilaxia). Assim sendo, é possível que em outras situações em que se utiliza anestesia, isolamento absoluto do campo operatório, as manifestações de ansiedade e medo sobre o tratamento pudessem ser mais evidentes.

Ao encontro desses resultados, a análise qualitativa identificou fenômenos subjetivos que se relacionam a diminuição da ansiedade e medo.

Registra-se a importância de considerar todos os momentos da intervenção, iniciando na recepção da criança e seu responsável em que o profissional se apresenta e se coloca à disposição para escutar as necessidades do paciente. Durante os procedimentos, as crianças podiam falar sobre o que sentiam e tirar suas dúvidas, ao transmitir aos pacientes confiança e abertura para exprimir seus sentimentos, contribui-se para a redução da ansiedade e medo²⁹³⁰³¹. Os pacientes,

ainda, foram encorajados pelos pesquisadores, durante a consulta demonstrando segurança e tranquilidade na realização da profilaxia.

Na análise de unidade temática de significação, emergiam afetos, apropriações sobre os cuidados com a saúde e criaram-se motivos refletindo o processo de ensino-aprendizagem proposto pela técnica. Os temas destacados para a análise foram: Explorar o consultório e descobrir os materiais e instrumentos, aprendendo sobre saúde e cuidados bucais, sobre ser dentista e provocar novos afetos no processo saúde-doença.

A possibilidade de recontar a história no BTI, cria um ambiente que permite a ação e o domínio sobre os instrumentos e materiais odontológicos, e concedem a criança maior envolvimento com a experiência. Do mesmo modo, que a protagonização do papel do dentista aproxima a criança da realidade², isso, pode ser percebido na ressignificação das experiências encadeadas durante a protagonização ao voltar a ser paciente, na brincadeira de papéis estão contidos os conteúdos físicos e sociais que produzem mudanças na criança².

Nesse sentido, o BTI é uma técnica capaz de aprofundar aspectos internos, que contribuem para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores, pois ele integra um instrumento capaz de desenvolver motivos na criança. Coloca em movimento as funções psíquicas superiores e conduz a criança por meio da sua atividade principal, levando-a a produzir motivos para a sua atividade. Quer dizer, a criança passa a cuidar da sua saúde bucal, por exemplo: escovar os dentes e passar fio dental, por ser uma atividade consciente.

Ou seja, a brincadeira transforma o conteúdo implícito em significado que conecta a criança à realidade objetiva dos cuidados bucais, produzindo o que tem de mais nobre na relação criança-adulto, o ensino-aprendizagem. Como também, os afetos são transformados durante a intervenção e concedem ao sujeito uma experiência de participação mais ampla no processo, visto que o “conhecimento sobre o afeto é capaz de alterá-lo, transformando-o em estado passivo para um estado ativo”.³² (704).

A partir disso, a atuação dos profissionais da saúde, precisa considerar afeto e cognição como uma unidade³³, e categoria relevante para continuidade do tratamento e no manejo empreendido. Observando, principalmente, que a criança ainda não possui condições de desenvolvimento capazes de abstrair conceitos

formais da realidade e, que necessita de elementos concretos para significar as experiências.

Portanto, reitera-se a relevância do BTI em ambientes de saúde, pois exerce função mediadora como elemento lúdico permitindo que a criança seja afetada por ele. Visto que, este instrumento é de domínio da criança, através dele ela consegue comunicar-se com o universo adulto e, por consequência dos cuidados bucais.

É evidente que alguns procedimentos odontológicos não irão deixar de causar desconforto ou dor, mas a criança ao se relacionar com a realidade, desenvolve a unidade cognitivo-afetivo, e adquire condições para lidar com situações desagradáveis de maneira consciente, ativa e corresponsável. Assim, as vivências afetivas são (re)elaboradas, e os sentimentos atuam na regulação das manifestações emocionais e conduzirão ao autodomínio da conduta^{3 2}, ao passo que integram as experiências à sua história e desenvolvimento.

É válido ressaltar, ainda, as influências do meio sobre a situação de saúde bucal, o qual subsidiará o odontólogo nas orientações do tratamento, compreendendo saúde-doença como um processo histórico. Influenciado por paradigmas culturais que associam o tratamento com dor, e limites sociais como as dificuldades no acesso aos serviços públicos ou privados devido ao custo financeiro³⁴.

Isto posto, é clara a relevância da práxis do profissional de saúde em orientar os princípios sobre o processo de saúde-doença, e proporcionar condições para que o sujeito atue sobre o próprio processo, tornando-o autônomo e responsável por seu corpo. Fundamentando-se no pressuposto de que não há ser humano sem educação^{1 2 3 35}.

Assim, a interface entre os conhecimentos das áreas da psicologia, especialmente da psicologia sócio-histórica, da enfermagem e odontologia, proporcionam condições para a produção criativa e transformadora da realidade com os cuidados de saúde bucal. De modo que, as áreas podem incorporar diferentes métodos de produção de conhecimento e transitem em outros setores como a educação para a produção de saúde bucal. Sustenta-se ainda, a importância da técnica odontopediátrica com o instrumento (falar-mostrar-fazer) associando ao BTI, como incremento gerador de conhecimento sobre o tratamento, manutenção da saúde bucal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados em primeira instância, certificam que há na interdisciplinaridade, estratégias que revelam caminhos mais humanos para a produção de saúde e da educação. Isto, se inicia ao possibilitar condições de acesso à educação em saúde, por meio de método que posicione o sujeito de maneira consciente e ativa na relação com os cuidados consigo.

Apesar do fenômeno psicológico ser objeto de estudo da psicologia, nota-se que o preparo psicológico pode ser inserido nas práticas de outras áreas da saúde. Todavia, é necessário que os profissionais se instrumentalizem e fundamentem sua atuação seguindo o rigor teórico e científico. Para isto, sugere-se a inclusão de uma disciplina para discussão teórica e metodológica na odontopediatria, ministrada por professor de psicologia. Em que, comporte assuntos fundamentais na práxis com crianças, abordando o desenvolvimento infantil e práticas integrativas que associem técnicas de cunho educativo e de apropriação de conhecimentos para a consciência do paciente sobre saúde.

Vale considerar, que as técnicas apresentadas neste estudo são pertinentes também para à atuação na atenção básica, pois se constituem em elementos produtores de saúde bucal e podem ser disseminados para as demais especialidades. Nesse sentido, o BTI é um instrumento que pode ser utilizado em vários ambientes de saúde, como método importante para produção do aprendizado e desenvolvimento da consciência. O que torna possível cuidar, inclusive, dos aspectos da sua saúde física e psicológica redimensionando o medo e ansiedade.

Cabe ressaltar, que não houve diferença estatística significativa entre o preparo psicológico e a técnica habitual da clínica (falar-mostrar-fazer), e que ambas tem por objetivo o conhecimento do sujeito sobre determinada situação. Entretanto, o BTI, enquanto procedimento aplicado ao preparo psicológico, resulta em um aprofundamento da unidade afetivo-cognitiva que implicam nas vicissitudes da criança sobre seus cuidados. Em última análise, a integração entre educação e saúde é elemento fundamental para promover o desenvolvimento de indivíduos responsáveis e comprometidos com o próprio cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Vigotskii LS. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar. In: Vigotskii LS, Luria AR, Leontiev AN. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. 7ª ed. São Paulo: Ícone; 2001. p. 103-117.
2. Leontiev AN. Os princípios psicológicos da brincadeira pré-escolar. In: Vigotskii LS, Luria AR, Leontiev AN. Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. 7ª ed. São Paulo: Ícone; 2001. p. 119-142.
3. Martins LM. O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar. Campinas: Autores associados, 2013.
4. Pasqualini JC. Periodização do desenvolvimento psíquico à luz da escola de Vigotski: a teoria histórico-cultural do desenvolvimento infantil e suas implicações pedagógicas. In: Marsiglia ACG, organizadora. Infância e pedagogia histórico-crítica. Campinas: Autores associados; 2013 p. 71-97.
5. Scliar M. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2007; 17 (1): 29-41.
6. Gomes R, Deslades SF. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev. Latino-am. Enfermagem*. 1994; 2 (2): 103-114.
7. Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 1991; 24 (2): 70-77.
8. Perônio TN, Silva AH, Dias SM. O medo frente ao tratamento odontológico no contexto do Sistema Único de Saúde: uma revisão de literatura integrativa. *Periodontia*. 2019; 29 (1): 37-43.
9. Kanegane K, Penha SS, Borsatti MA, Rocha RG. Dental anxiety in na emergency dental servisse. *Revista de saúde pública*. 2003; 37 (6): 786-792.
10. Ferreira HACM, Oliveira AMG. Ansiedade entre crianças e seus responsáveis perante o atendimento odontológico. *Rev. Odontol. Univ. Cid. (São Paulo)*. 2016; 29 (1): 6-17.

11. Bottan AMB, Lehmkuhl GL, Araújo SM. Ansiedade no tratamento odontológico: estudo exploratório com crianças e adolescentes de município de Santa Catarina. RSBO. 2008; 5 (1): 13-19.
12. Oliveira TN, Palmeira AT. As funções do brincar para criança hospitalizada. Psicologia, Diversidade e Saúde. 2018; 7 (1): 58-69.
13. Broering CV, Crepaldi MA. Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: importância, técnicas e limitações. Paidéia. 2008; 18 (39): 61-72.
14. Broering CV, Crepaldi MA. Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. Psicologia em estudo. 2011; 16 (1): 15-23.
15. Pessoas AVC, Santos AF, Cruz DSM, Marques DKA, Lubenow JAM. Brinquedo terapêutico: preparo de crianças em idade pré-escolar para punção venosa. Revista de ciências da saúde Nova Esperança. 2018; 16 (1): 64-72.
16. Silva SGTD, Santos MA, Floriano CMF. Influência do brinquedo terapêutico na ansiedade de crianças escolares hospitalizadas: ensaio clínico. Revista Brasileira de Enfermagem. 2017; 70 (6): 1244-1249.
17. Oliveira CS, Maia EB, Borba RI, Ribeiro CA. Brinquedo terapêutico na assistência à criança: percepção de enfermeiros das unidades pediátricas de um hospital universitário. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2015; 15 (1): 21-30.
18. Oliveira JCC. Atividades lúdicas na odontopediatria: uma breve revisão da literatura. 2014; 71 (1): 103-107.
19. Lamha AP, Costa FOC. Utilização do “brinquedo” como recurso mediador na promoção de saúde bucal em pacientes internados na enfermaria pediátrica do HU/UFSC. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. 2012; 16 (3): 285-294.
20. Viera CS. Técnicas de enfermagem em pediatria. In: Collet N, Oliveira BRG, Viera CS. Manual de enfermagem em pediatria. 2ª ed. Goiânia: AB, 2010. p. 139-279.
21. Bardin L. Análise de conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

22. Berge KG, Agdal ML, Vika M, Skeie MS. Treatment of intra-oral injection phobia: a randomized delayed intervention controlled trial among Norwegian 10-to 16-year-olds. *Acta odontológica Scandinavica*. 2017; 75: 294-301.
23. Ferreira HACM, Oliveira AMG. Ansiedade entre crianças e seus responsáveis perante o atendimento odontológico. *Rev. Odontol. (São Paulo)*. 2016; 29 (1): 6-17.
24. Tovo MF, Faccin ES, Vivian AG. Psicologia e odontopediatria: contextualização da interdisciplinaridade no Brasil. *Alethéia*. 2016; 49 (2): 76-88.
25. Moreira KMS, Imparato JCP, Teixeira KB, Reis JB, Navarro RS, Drugowick RM. *Rev. Assoc Paul Cir Dent*. 2015; 69 (2): 135-141.
26. Brandenburg OJ, Marinho-Casanova ML. A relação mãe-criança durante o atendimento odontológico: contribuições da análise do comportamento. *Estudos em Psicologia*. 2013; 30 (4): 629-640.
27. Tomé MSS, Neto RSM, Alencar AA, Alves IFS, Lopes KS, Carneiro SV. Avaliação da ansiedade dos pais e/ou responsáveis frente ao tratamento odontológico em crianças. *Braz. J. Srug. Clin. Res*. 2019; 25 (1): 13-16.
28. Melo RB, Lima FC, Moura GM, Silva PBG, Gondim JO, Moreira-Neto JJS. Avaliação da relação entre procedimentos odontológicos e comportamento infantil. *Rev. Odontol Bras Centra*. 2015; 24 (68): 20-25.
29. Silva LFP, Freire NC, Santana RS, Miasato JM. Técnicas de manejo comportamental não farmacológicas na odontopediatria. *Rev. Odontol. (São Paulo)*. 2016; 28 (2): 135-142.
30. Albuquerque CM, Gouvêa CVD, Moraes RCM, Barros RN, Couto CF. Principais técnicas de controle de comportamento em odontopediatria. *Arquivos em odontologia*. 2010; 46 (2): 110-115.
31. Mota LQ, Farias DBLM, Santos TA. A humanização no atendimento odontológico: acolhimento da subjetividade dos pacientes por alunos de graduação nos campos de estágio. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2012; 16 (4): 537-544.
32. Martins LM, Carvalho B. A atividade humana como unidade afetivo-cognitiva: um enfoque histórico-cultural. *Psicologia em Estudo*. 2016; 21 (4): 699-710.

33. Gomes CAV. A relação sujeito-objeto e a unidade afetivo-cognitiva: contribuições para a psicologia e para a educação. ABRAPEE (São Paulo). 2014; 18 (1): 161-168.

34. Costa Junior AL. Psicologia aplicada à odontopediatria: uma introdução. Estudos e pesquisas em Psicologia. 2002; 2 (2).

35. Leontiev A. O homem e a cultura. In: Leontiev A. O desenvolvimento do psiquismo. Lisboa: Livros Horizontes, s/d, p. 261-283.

Tabela 1 - Escores de ansiedade nos grupos controle e intervenção pré e pós-intervenção.

Grupo	Escore de ansiedade	Média	DP	IC95%	Valor de P
Geral	Pré	28,2	7,2	25,2-31,1	<0,001*
	Pós	22,3	5,9	19,9-24,7	
Controle	Pré	27,31	6,4	23,3-31,2	0,001*
	Pós	23,23	6,4	19,3-27,1	
Intervenção	Pré	29,15	8,1	24,2-31,1	0,001*
	Pós	21,5	5,5	18,1-24,9	

DP: Desvio padrão; IC95%: intervalo de confiança 95%; *: há diferença significativa entre o período pré e pós-intervenção.

Tabela 2 - classificação do nível de ansiedade nos grupos controle e intervenção pré e pós-intervenção.

Estágio	Grupo (n)	Baixo n (%)	Médio n (%)	Alto n (%)
Pré	Geral (26)	17 (65,4)	5 (19,2)	4 (15,4)
	Controle (13)	8 (61,5)	4 (30,8)	1 (7,7)
	Intervenção (13)	9 (69,2)	1 (7,7)	3 (23,1)
Pós	Geral (26)	23 (88,5)	3 (11,5)	0
	Controle (13)	11 (84,6)	2 (15,4)	0
	Intervenção (13)	12 (92,3)	1 (7,7)	0

% relativo ao grupo.

Tabela 3 - valores de correlação entre os escores de ansiedade das crianças com os responsáveis

	Ansiedade Pré	Ansiedade Pós	Ansiedade responsável pré	Ansiedade responsável pós
Ansiedade Pré	1	,727*	-0,025	-0,102
Ansiedade Pós		1	-0,136	-0,106
Ansiedade responsável pré			1	,967*
Ansiedade responsável pós				1

*: correlação significativa.

Tabela 4 - Diferença respostas pré e pós do questionário CFSS-DS

Questão	Grupo	Média	DP	P-valor
Quanto medo você sente de:				
1. Dentistas	Pré	1,42	0,7	0,050*
	Pós	1,15	0,4	
2. Médicos	Pré	1,69	1,1	0,739
	Pós	1,77	1,2	
3. Anestesia (injeções)	Pré	3,54	1,4	0,005*
	Pós	2,77	1,5	
4. Alguém examinar sua boca	Pré	1,23	0,8	0,678
	Pós	1,15	0,4	
5. Ter que abrir a boca	Pré	1	0	0,327
	Pós	1,04	0,1	
6. Uma pessoa que você não conhece encostar em você	Pré	2,58	1,4	0,018*
	Pós	1,96	1,2	
7. Alguém ficar olhando pra você	Pré	2	1,1	0,067
	Pós	1,62	1,1	
8. Motorzinho do dentista	Pré	1,77	1,1	0,007*
	Pós	1,15	0,6	
9. Ver o motorzinho do dentista	Pré	1,35	0,9	0,265
	Pós	1,12	0,3	
10. Barulho do motorzinho do dentista	Pré	1,46	0,7	0,11
	Pós	1,19	0,4	
11. Alguém colocar instrumentos na sua boca	Pré	2,08	1,3	0,005*
	Pós	1,23	0,4	
12. Engasgar	Pré	3,19	1,5	0,001*
	Pós	2,12	1,2	
13. Ter que ir para o hospital	Pré	2,42	1,4	0,013*
	Pós	1,88	1,2	
14. Pessoas com roupa branca	Pré	1,42	1,1	0,129
	Pós	1,14	0,7	
15. Ter uma pessoa limpando seus dentes	Pré	1,08	0,2	1
	Pós	1,08	0,2	

DP: Desvio padrão. *: Há diferença significativa.

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANSIEDADE EM CRIANÇAS EM TRATAMENTO ODONTOLÓGICO: ESTUDO CLÍNICO RANDOMIZADO

Pesquisador: ALINE VANELI PELIZZONI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 02011018.7.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.058.363

Apresentação do Projeto:

Estudos mostram que a ansiedade gerada durante procedimentos odontológicos em crianças têm sido responsáveis por dificuldades nos atendimentos e por más condições de saúde bucal. Sendo assim, o preparo psicológico se configura a partir de várias técnicas e instrumentos possíveis de intervenção no atendimento de pacientes e familiares em condições estressantes.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a relevância do preparo psicológico como fator possível para minimizar a ansiedade em crianças que serão atendidas na clínica de odontopediatria da Unioeste.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios foram abordados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto visa diminuir a ansiedade de crianças na clínica de odontopediatria através de kit elaborado para facilitar a percepção das crianças sobre os procedimentos aos quais serão submetidos e tenham a oportunidade de se expressar de forma lúdica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os Termos necessários.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações.

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

UF: PR

Telefone: (45)3220-3092

Município: CASCAVEL

CEP: 85.819-110

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.058.363

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1235221.pdf	24/10/2018 22:08:42		Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_510.jpeg	24/10/2018 22:08:11	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_466.jpeg	24/10/2018 22:07:49	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura_completa.pdf	11/10/2018 21:03:24	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
Outros	Childrens_Fear_Survey_Schedule.pdf	11/10/2018 21:01:07	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
Outros	Versao_Brasileira_da_Escala_de_Ansiedade_de_Corah.pdf	11/10/2018 21:00:45	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termo_de_ciencia_responsavel_pelo_campo_de_estudo.pdf	11/10/2018 20:57:50	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	11/10/2018 20:54:19	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Tale_Assentimento.pdf	11/10/2018 20:53:58	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Adulto.pdf	11/10/2018 20:53:49	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Infantil.pdf	11/10/2018 20:53:40	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/10/2018 20:46:19	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
Brochura Pesquisa	brochura_pesquisa.pdf	11/10/2018 20:45:44	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_pesquisador.pdf	11/10/2018 20:45:32	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	11/10/2018 20:16:19	ALINE VANELI PELIZZONI	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069

Bairro: UNIVERSITARIO

CEP: 85.819-110

UF: PR

Município: CASCAVEL

Telefone: (45)3220-3092

E-mail: cep.prppg@unioeste.br

UNIOESTE - CENTRO DE
CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.058.363

Não

CASCADEL, 05 de Dezembro de 2018

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

**ANEXO B – VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA CHILDREN’S FEAR SURVEY
SCHEDULE- DENTAL SUBSCALE PARA AVALIAÇÃO DO MEDO E ANSIEDADE
AO TRATAMENTO ODONTOLÓGICO EM CRIANÇAS**

Nome: _____

Pré-teste () Pós-teste ()

Versão Brasileira do Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale					
Quanto medo você sente de:	Sem medo	Pouco medo	Medo regular	Bastante medo	Muito medo
1. Dentistas	_____	_____	_____	_____	_____
2. Médicos	_____	_____	_____	_____	_____
3. Anestesia (injeções)	_____	_____	_____	_____	_____
4. Alguém examinar sua boca	_____	_____	_____	_____	_____
5. Ter que abrir a boca	_____	_____	_____	_____	_____
6. Uma pessoa que você não conhece encostar em você	_____	_____	_____	_____	_____
7. Alguém ficar olhando para você	_____	_____	_____	_____	_____
8. Motorzinho do dentista	_____	_____	_____	_____	_____
9. Ver o motorzinho do dentista	_____	_____	_____	_____	_____
10. Barulho do motorzinho do dentista	_____	_____	_____	_____	_____
11. Alguém colocar instrumentos na sua boca	_____	_____	_____	_____	_____
12. Engasgar	_____	_____	_____	_____	_____
13. Ter que ir para o hospital	_____	_____	_____	_____	_____
14. Pessoas com roupa branca	_____	_____	_____	_____	_____
15. Ter uma pessoa limpando seus dentes	_____	_____	_____	_____	_____

BARBÉRIO, G. S. *Confiabilidade e validade do questionário Children's Fear Survey Schedule-Dental Subscale para avaliação do medo e ansiedade ao tratamento odontológico em crianças*. 2017. 90f. Tese (Doutorado em Ciências Odontológicas Aplicadas) – Universidade de São Paulo. Bauru: USP, 2017. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25145/tde-28092017-183623/pt-br.php>>. Acesso em: 25 jun. 2018.

ANEXO C - VERSÃO BRASILEIRA DA ESCALA DE ANSIEDADE DE CORAH

Nome: _____

Pré-teste () Pós-teste ()

Versão Brasileira da Escala de Ansiedade de Corah

- A) Se você tivesse que ir ao dentista amanhã, como você se sentiria a respeito disto
- 1) Veria como uma experiência agradável.
 - 2) Não me importaria com isso.
 - 3) Eu estaria com um pouco de medo, nervoso e/ou ansioso.
 - 4) Eu estaria com muito medo, muito nervoso e/ou ansioso.
 - 5) Eu estaria com tanto medo que pensaria em desistir.
- B) Quando você está na sala de espera do consultório do dentista, aguardando pelo seu atendimento, como você se sente
- 1) Tranquilo.
 - 2) Tanto faz, não me importo com a situação.
 - 3) Um pouco preocupado, nervoso e/ou ansioso.
 - 4) Muito preocupado, nervoso e/ou ansioso.
 - 5) Tão nervoso que às vezes chego a suar ou sentir-me mal fisicamente (tonturas, náuseas, tremores, dores de cabeça, etc.).
- C) Quando você está na cadeira do dentista, aguardando enquanto ele prepara os instrumentos (espelho, broca, seringa, agulha, etc.) para trabalhar nos seus dentes, como você se sente
- 1) Tranquilo.
 - 2) Tanto faz, não me importo com a situação.
 - 3) Um pouco preocupado, nervoso e/ou ansioso.
 - 4) Muito preocupado, nervoso e/ou ansioso.
 - 5) Tão nervoso que às vezes chego a suar sentir-me mal fisicamente (tonturas, náuseas, tremores, dores de cabeça, etc.).
- D) Quando você está na cadeira do dentista, aguardando enquanto ele prepara os instrumentos para realizar uma limpeza nos seus dentes, como você se sente
- 1) Tranquilo.
 - 2) Tanto faz, não me importo com a situação.
 - 3) Um pouco preocupado, nervoso e/ou ansioso.
 - 4) Muito preocupado, nervoso e/ou ansioso.
 - 5) Tão nervoso que às vezes chego a suar ou sentir-me mal fisicamente (tonturas, náuseas, tremores, dores de cabeça, etc.).

TORRIANI, D. D.; TEIXEIRA, A. M.; PINHEIRO, R.; GOETTEMES, M. L.; BONOW, M. L. M. Adaptação transcultural de instrumentos para mensurar ansiedade e comportamento em clínica odontológica infantil. *Arquivos em Odontologia*, v. 44, n. 4, out./dez., 2008. Disponível em: <<https://seer.ufmg.br/index.php/arquivoemodontologia/article/view/1641>>. Acesso em: 09 maio 2018.