



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A AUTO-PERCEÇÃO DA CRIANÇA SOBRE A PERDA DA DENTIÇÃO DECÍDUA EM ODONTOPEDIATRIA

Trabalho submetido por
Susana Biscaia dos Santos
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

outubro de 2017



INSTITUTO SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE EGAS MONIZ

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

A AUTO-PERCEPÇÃO DA CRIANÇA SOBRE A PERDA DA DENTIÇÃO DECÍDUA EM ODONTOPEDIATRIA

Trabalho submetido por
Susana Biscaia dos Santos
para a obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Trabalho orientado por
Professora Doutora Maria do Rosário Dias

e coorientado por
Professora Ana Cristina Neves

outubro de 2017

Ao meu pai, que pensa em grande.
Onde eu vejo vidro, ele vê diamante.

Agradecimentos

Em primeiro lugar, agradeço à orientadora da presente dissertação, a Professora Doutora Maria do Rosário Dias, por todo o carinho, atenção e suporte demonstrados, mas também por sempre me ter ensinado a nunca dizer que “não consigo”. Para além da sua valiosa orientação, os seus ensinamentos permitiram, de alguma forma, o meu crescimento como pessoa.

À co-orientadora deste trabalho, a Professora Ana Cristina Neves, por estar sempre disponível para me ouvir e ajudar quando mais precisei. Pela simpatia, disponibilidade e amabilidade agradeço por ter ajudado a que o objetivo desta dissertação se tornasse mais fácil nos momentos difíceis.

Ao Prof. Doutor Luís Proença, pelo tempo que me disponibilizou e pela ajuda imprescindível na análise estatística dos dados recolhidos durante a investigação.

Ao Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz por ter sido a minha casa e ter tornado possível não só a realização deste trabalho, como também todo o percurso da minha formação académica.

À minha avó, Judite, por saber o quão enorme era a sua vontade de me ver terminar este curso. Ainda que não tenha ficado para o presenciar, estará para sempre no meu coração como sendo a pessoa que me moldou de forma a ser quem sou hoje, sabendo que lhe fiquei como um orgulho.

Ao meu pai, Alexandre, e à minha avó, Jandira, pois sem eles este curso não teria sido possível. Pela sabedoria e pensamento estratégico. Por todo o apoio, amor e ajuda nos momentos de dificuldades, a eles devo todo o meu percurso académico.

À minha mãe, Maria do Céu, que apesar de tudo me permitiu crescer mais forte nas dificuldades da vida. Ao meu irmão, Pedro, a quem espero mostrar que tudo se consegue com a conclusão desta etapa.

Aos meus tios, Vítor, Judite, Isabel, Carlos e Cecília. Ainda que tenham os seus, em várias situações me tomaram como sua filha. Devo-lhes uma grande parte deste trajeto e irei ser-lhes eternamente grata por não me deixarem quando mais precisei.

A toda a família que escolhi, os meus amigos do coração: Joana, Marlene, Carina, Aurora, Sâmella, Ricardo, Tomás, Rúben, Susana, Joana, Margarida, Ângelo, Cátia e João. Por tudo, sem vocês não seria a pessoa que sou hoje.

RESUMO

Introdução -A perda dos dentes decíduos pode resultar num fenómeno pós-traumático em relação à conceção da auto-imagem do rosto da criança. Este evento de vida é experienciado transversalmente no decurso da infância ocorrendo geralmente na faixa etária entre os 5 e os 12 anos.

Objetivos - O presente estudo visa compreender como a criança experimenta o processo de perda dos dentes decíduos e as suas implicações sobre a auto-percepção da imagem do rosto inerente à mudança de dentição.

Materiais e métodos - Neste estudo exploratório, a amostra é constituída por 115 crianças de ambos os sexos, com idades compreendidas entre 5 e 12 anos. Foi originalmente concebido um instrumento para a recolha de informações (Protocolo Empírico), que é dividido em duas secções distintas: (i) seção A, em que a criança é convidada a desenhar o seu auto-retrato duas vezes - antes e depois da perda de dentes decíduos; e (ii) seção B, um conjunto de perguntas abertas e um questionário demográfico. A análise interpretativa dos desenhos foi realizada com o recurso a uma grelha de análise de conteúdo elaborada propositadamente para esta pesquisa.

Resultados - os resultados sugerem a existência de diferenças entre a auto-percepção do rosto antes e depois da perda de dentes decíduos nas *categorias Investimento do Desenho, Abertura da Boca e Sorriso* no que diz respeito à análise de conteúdo dos desenhos. Também foram denunciadas algumas diferenças assinaláveis ao nível da comparação destas categorias com as variáveis *Idade da Primeira consulta de Medicina Dentária, Frequência do Jardim-de-Infância, Relação dos Progenitores e Existência de Irmãos* na fratria da criança.

Conclusões - os resultados do presente estudo permitem-nos reconhecer algumas diferenças ao nível da auto-percepção da imagem do rosto, antes e depois da perda dos dentes decíduos, o que aponta para a identificação de possíveis pistas que nos ajudam a compreender, eventualmente, como a perda dos dentes decíduos pode ser vivenciada pela criança, relevando-se também, o papel do Médico Dentista como Educador de Saúde.

Palavras-chave: dentição decídua, criança, perda, auto-percepção.

ABSTRACT

Introduction - The loss of deciduous teeth can result in post-traumatic phenomenon in relation to the design of the self-image of the child's face. This event is experienced across during childhood usually occurring in the age range between 5 and 12 years.

Objectives - The present study aims to understand how the child experiences the process of loss of deciduous teeth and its implications on the auto-perceção of the image of the face of the change of dentition.

Materials and methods - In this exploratory study, the sample is made up of 115 children of both sexes, aged between 5 and 12 years. It was originally designed an instrument for gathering information (Empirical Protocol), which is divided into two distinct sections: (i) the section, in which the child is invited to draw your self-portrait twice-before and after the loss of deciduous teeth; and (ii) section B, a set of open-ended questions and a demographic questionnaire.

Results - the results suggest the existence of differences between the self-perception of the face before and after the loss of deciduous teeth in the categories *Drawing Investment*, *Opening of the Mouth* and *Smile* in what concerns to the content analysis of the drawings. Significant differences were also reported in terms of comparison of these categories with the *Age of the First Dental Appointment*, *Frequency of the Kindergarten*, *the Parents Relationship and the Existence of Siblings* in the phratry of the child.

Conclusions - the results of the present study allow us to recognize some differences in the level of self-perception of the face image, before and after the loss of the deciduous teeth, which points to the identification of possible clues that help us to eventually understand how the lost primary teeth can be experienced by the child, and also the role of the Dentist as a Health Educator.

Keywords: deciduous dentition, child, loss, self-perception.

ÍNDICE GERAL

I.	INTRODUÇÃO	11
II.	MODELO TEÓRICO DE PESQUISA	13
1.	DESENVOLVIMENTO.....	13
1.1.	A dentição decídua e a caracterização dos diferentes estádios de desenvolvimento da criança.....	13
1.2.	A auto-perceção e o significado da perda dos dentes decíduos	18
1.3.	Perceção da auto-imagem do corpo.....	20
1.4.	A representação mental do rosto	24
III.	MODELO ANALÍTICO DA PESQUISA	29
1.	MATERIAIS E MÉTODOS	29
1.1.	Acerca do Objeto da Pesquisa.....	29
1.2.	Da construção do Objeto de Pesquisa	31
1.3.	Caracterização da amostra.....	32
1.4.	Procedimento de recolha da amostra	32
1.5.	Sobre os instrumentos de pesquisa	33
1.6.	A estratégia metodológica da investigação.....	35
2.	RESULTADOS	37
2.1.	Caracterização da Amostra.....	37
2.2.	Análise Descritiva e Qualitativa dos Resultados	40
3.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	55
IV.	MODELO INTERPRETATIVO DA PESQUISA.....	63
1.	CONCLUSÃO.....	63
V.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1 - Frequência da idade da perda do primeiro dente decíduo	38
Figura 2 – Frequência da pessoa a quem a criança deu o dente decíduo no momento da perda	39
Figura 3 – Frequência do que foi feito com o dente decíduo após o momento da sua perda.....	39
Figura 4 – Frequência dos sentimentos despoletados aquando da perda do dente decíduo: auto-relato.....	40
Figura 5 - Representação pictórica do momento <i>antes</i> (M1) da <i>perda</i> dos dentes decíduos.....	56
Figura 6 - Representação pictórica do momento <i>depois</i> (M2) da <i>perda</i> dos dentes decíduos.....	56
Figura 7 - Representação pictórica do momento <i>antes</i> (M1) da <i>perda</i> dos dentes decíduos.....	57
Figura 8 - Representação pictórica do momento <i>depois</i> (M2) da <i>perda</i> dos dentes decíduos.....	57
Figura 9 - Representação pictórica do momento <i>antes</i> (M1) da <i>perda</i> dos dentes decíduos.....	58
Figura 10 - Representação pictórica do momento <i>depois</i> (M2) da <i>perda</i> dos dentes decíduos.....	58

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das crianças segundo o género.....	37
Tabela 2 – Análise descritiva da idade das crianças.....	37
Tabela 3 – Distribuição dos progenitores das crianças segundo o estado civil.....	38
Tabela 4 - Distribuição das crianças segundo o número de irmãos.....	38
Tabela 5 - Distribuição das crianças segundo a frequência do jardim de infância	39
Tabela 6 - Distribuição das crianças segundo a idade aquando da primeira consulta de medicina dentária	39
Tabela 7 - Análise descritiva dos auto-retratos antes e depois quanto ao tamanho da cabeça.....	43
Tabela 8 - Análise descritiva dos auto-retratos antes e depois quanto ao investimento nos desenhos	43
Tabela 9 - Análise descritiva dos auto-retratos antes e depois quanto ao nível de abertura da boca	44
Tabela 10 - Análise descritiva dos auto-retratos antes e depois quanto à representação do sorriso	44
Tabela 11 - Análise descritiva dos auto-retratos antes e depois quanto à pormenorização dos dentes	45
Tabela 12 – Análise comparativa dos desenhos em relação ao investimento do desenho antes e depois da perda dos dentes.....	46
Tabela 13 - Análise comparativa do tipo de desenho representado no antes e depois...46	
Tabela 14 Análise comparativa do tamanho da cabeça representado antes e depois da perda	47
Tabela 15 - Análise comparativa dos desenhos em relação à abertura da boca antes e depois da perda das peças dentárias decíduas.....	48
Tabela 16 - Análise comparativa dos desenhos em relação ao sorriso antes e depois da perda dos dentes decíduos.....	48
Tabela 17 - Análise comparativa das representações pictóricas dos dentes no antes e depois	49

Tabela 18 - Análise comparativa dos desenhos do pormenor dos dentes antes e depois da perda dos mesmos.....	50
Tabela 19 - Análise comparativa do investimento dos desenhos com a frequência do jardim de infância.....	50
Tabela 20 - Análise comparativa do investimento dos desenhos com a relação dos pais.....	51
Tabela 21 - Análise comparativa do investimento dos desenhos com a existência de irmãos.....	51
Tabela 22 - Análise comparativa da representação dos dentes com a idade da primeira consulta no dentista.....	52
Tabela 23 - Análise comparativa da idade da primeira consulta de medicina dentária com a representação do sorriso.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

ISCSEM – *Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz*

CDUEM – *Clinica Dentária Universitária Egas Moniz*

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

EE – *Encarregados de Educação*

AVES - *Agrupamento Vertical de Escolas de Sines*

I. INTRODUÇÃO

Os dentes decíduos, conhecidos também por dentes de leite ou dentes primários, são os primeiros dentes a estar presentes aquando do início do crescimento e do desenvolvimento humano para mais tarde serem perdidos e substituídos por dentes definitivos. A dentição decídua começa, então, a ser perdida por volta dos cinco a seis anos de idade, sendo que entre os dez e os doze anos deve desaparecer definitivamente, ocorrendo, assim, a substituição total pela permanente (Giglio, Guedes-Pinto, Miranda & Echeverria, 2010).

A perda das peças dentárias decíduas pode dar-se devido a fatores naturais, aquando da sua queda *inata*, assim como por fatores externos. As sequelas desta perda são passíveis de afetar a estética, a qualidade de vida, a alimentação, o desenvolvimento da fala, a integridade do arco dentário e o seu consequente desenvolvimento no que diz respeito à erupção dos sucessores permanentes, assim como o desenvolvimento de hábitos de saúde oral no futuro (Holan & Needleman, 2014).

A imagem da face desempenha um importante papel na designação de “*atração*” pessoal e, também, no desenvolvimento da auto-estima e auto-imagem do sujeito. A perceção da aparência, designadamente do rosto, afeta diretamente a saúde mental e o comportamento psicossocial com implicações importantes na área educacional, assim como na vertente profissional e na vida afetiva do ser humano ao longo da trajetória do ciclo vital (Maltagliati & Montes, 2007).

Por outro lado, a auto-perceção da imagem é de etiologia multifatorial sendo, também, influenciada pelo género, características culturais e étnicas, assim como por regras da perceção da boa aparência dentária (Siti, Tan & Mathew, 2015).

Em relação às técnicas de recolha de dados utilizadas no presente estudo exploratório, com recurso ao desenho como técnica projetiva, releva-se o facto de este ser a forma mais antiga de expressão cognitivo-emocional constituindo-se, então, como uma forma universal de meta-linguagem. O recurso ao desenho como metodologia de investigação tem-se constituído como uma diretriz metodológica de eleição para a pesquisa de natureza qualitativa realizada no domínio dos estudos na área das ciências da saúde (Dias, Duque, Neves, Soares, Cardoso & Carrão, 2006).

No presente estudo exploratório, pretendem-se estudar as alterações da auto-perceção da imagem do rosto da criança. Na primeira parte do modelo teórico da pesquisa

são dissecados uma panóplia de conteúdos referentes às diferentes fases de desenvolvimento da criança, aprofundando, desde os estádios etários incidentes na amostra dos sujeitos, ao conceito de auto-imagem, auto-percepção e auto-estima, ao carácter decisivo da participação dos progenitores e dos pares na socialização das crianças e, por fim, ao desenho como instrumento de representação pictórica na avaliação das emoções vivenciadas pelas crianças.

Numa segunda parte do estudo é relatada a estratégia metodológica selecionada para a presente investigação, assim como o modelo analítico da pesquisa. Assim, são apresentados os processos utilizados, partindo da seleção da amostra e dos locais de recolha de dados, atravessando a edificação dos instrumentos de análise e a formulação das questões orientadoras centrais, e consequentes questões orbitais, culminando com a estruturação e exposição dos resultados e com a subsequente análise e discussão dos mesmos.

Na terceira, e última parte, que se constitui como o modelo interpretativo da pesquisa, são expostas as conclusões que foram passíveis de retirar do presente estudo, enfatizando os principais resultados e limitações do trabalho de investigação, e sugerindo a realização e o alcance de novos estudos de acordo com o objeto empírico selecionado.

Desta forma, com a realização do presente trabalho de investigação, pretendemos aprofundar os conhecimentos referentes à auto-percepção que a criança tem do seu rosto aquando da perda dos dentes decíduos, assim como perceber de que forma a criança experiencia a perda da dentição decídua como um *life event* na sua trajetória de crescimento. Concomitantemente, tencionamos contribuir para a sensibilização do Médico Dentista para a pertinência dos conhecimentos adquiridos no domínio da Psicologia Pediátrica desempenhando, assim, assertivamente o seu papel de Educador e Promotor de Saúde.

II. MODELO TEÓRICO DE PESQUISA

1. DESENVOLVIMENTO

1.1.A dentição decídua e a caracterização dos diferentes estádios de desenvolvimento da criança

O conhecimento do campus da Psicologia deve ser tomado em linha de conta como um objeto de estudo de eleição para a *praxis* clínica do Médico Dentista que lida com crianças aquando do tratamento dentário, assim como na orientação e no método de abordagem aos pais na qualidade de pacientes de segunda ordem. O conhecimento de premissas básicas no domínio do saber da Psicologia Pediátrica é essencial para quem tem de lidar com esta população-alvo, visto que em caso de falta de informação e empatia clínica, podemos, sem propósito, *causar danos* emocionais aos mecanismos defensivos e de resiliência da criança (Giglio *et al.*, 2010).

As inter-relações da Psicologia Pediátrica com a Odontopediatria correspondem a uma nova visão da *praxis* clínica, constituindo-se como essencial no contacto com o paciente infantil. Do conjunto das teorias psicológicas precocemente desenvolvidas identifica-se a teoria de Piaget (1978) ao enfatizar o processo de evolução psicológica da criança, apresentando o processo psíquico como uma construção progressiva, resultante da interação do individuo com o seu meio. (Giglio *et al.*, 2010)

As premissas ambientais e biológicas, como as condições socioeconómicas, podem influenciar, igualmente, o desenvolvimento neuro-psicomotor de forma positiva ou negativa. Ainda assim, para que a criança possa interagir com o meio ambiente, é necessário que exista integridade funcional do SNC. Isto significa que, um ambiente favorável, repleto de estímulos positivos, pode favorecer o desenvolvimento da criança, enquanto um ambiente menos propício pode apontar para dificuldades aquando da realização de tarefas complexas e, assim, redundar em prejuízos ao seu desenvolvimento (Schilder, 1981).

A frequência do jardim de infância ou da pré-primária é uma das primeiras oportunidades da qual a criança usufrui para aprender a adaptar-se ao ambiente exterior. Neste trajecto de vulnerabilidade de crescimento, esta torna-se capaz de fazer parte integrante de um grupo, de aceitar normas sociais, para preencher as expectativas e regras

dos adultos e de aprender acerca dos hábitos sociais das outras crianças da sua faixa etária (Brazelton, 1998). A atividade lúdica, consubstanciada no jogo e no brincar, assume-se como uma atividade que a criança experiencia no seu quotidiano, permitindo, assim, a vivência da experiência lúdica e a descoberta da sua personalidade, tornando-se competente para o desenvolvimento do seu potencial de criativo (Dias *et al.*, 2006). As crianças que brincam aprendem a dar significado ao pensamento *do Outro* através da metacognição típica dos processos que promovem o desenvolvimento da cognição. Para a maioria dos grupos sociais, a brincadeira é um *componente sagrado*, sendo considerada atividade essencial ao desenvolvimento do pensamento infantil (Kishimoto, 2002). Estes factos permitem inferir que a brincadeira é, cada vez mais, vista como uma atividade que, para além de contribuir para a promoção do desenvolvimento global da criança, motiva a interação entre os pares, a resolução fundamentada de conflitos, terminando na formação de um cidadão crítico e reflexivo (Branco, 2005). Desta forma, a aprendizagem que a criança adquire sobre o seu próprio comportamento inserida num grupo e acerca de como enfrenta novas situações irá perdurar ao longo da sua vida (Brazelton, 1998).

Simultaneamente, no decurso do desenvolvimento no meio Psicossocial, o corpo da criança experimenta alterações ao longo do crescimento, de entre as quais se destaca a erupção da dentição decídua e da dentição permanente. A erupção da dentição decídua é um processo no qual o dente emerge da sua posição intraóssea na maxila e na mandíbula com destino à sua posição funcional, envolvendo, assim, outros tecidos e mecanismos fisiológicos além de, simplesmente, surgir no tecido gengival (Nystrom, Peck, Kleemola-Kujala, Evälahti & Kataja., 2000).

Variáveis nutricionais e de desenvolvimento aquando do momento do nascimento, são passíveis de predizer o número de dentes erupcionados que as crianças possuem na sua cavidade oral (Bastos, Peres, Peres & Barros, 2007). Por outro lado, alguns autores apontam para o facto de que a erupção dentária pode, também, variar, quer pelo ambiente em que as crianças estão inseridas, quer pela herança genética, quer pelos hábitos de sucção e conseqüente maloclusão (Ramos, 2005). Estudos realizados em países da Europa, Ásia, África e América, também evidenciam que a erupção dentária decídua deve ser considerada tendo em conta fatores ambientais e genéticos (Patrianova, Kroll, & Bérzin, 2010).

Para além dos diferentes fatores que influenciam a erupção dentária, também a condição da saúde oral na vida de uma criança pode levar a uma panóplia de

determinantes Biopsicossociais, alheios à mesma. Diversos estudos demonstram que foram encontrados impactos na saúde oral, quando esta se encontrava *descurada* em crianças, incluindo dificuldades em mastigar, dores, alterações no estado emocional que levam à ausência escolar, comportamentos menos sociais e ansiedade ou *stress* psicológico no que concerne aos pensamentos acerca das suas cavidades orais vivenciados pelas crianças (Foster, 2005). Por outro lado, um outro estudo efetuado em adultos também sugere que, o estado da saúde oral, pode influenciar a preferência e a quantidade ingerida de comida e o estado nutricional do ser humano no decurso da sua trajetória de vida (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

De acordo com a teoria da Psicologia Existencial (Giglio *et al.*, 2010), a criança, a partir do momento do nascimento, possui determinadas condições, tais como um peso definido, a sua constituição genética, o seu lugar no agregado familiar, o grupo cultural a que pertence e a economia que determina o modo de vida da mesma. Assim, de certa maneira, podemos afirmar que é possível prever experiências que poderão ser vividas pelo Ser Humano desde que nasce até à completude do mundo vivencial que o envolve.

O corpo é a primeira realidade identitária que se desenvolve e é através do mesmo que a experiência *corpórea* se concretiza – possibilitando, assim, a integração do Ser Humano no mundo vivencial - e as experiências que a criança vive no primeiro ano de vida irão determinar a maior parte das suas características de personalidade na vida adulta (Brazelton, 1998).

A partir do momento no qual vem ao mundo, a criança entra em contacto com Pessoas e, a partir desse inter-relacionamento diário, é construída a noção do *Eu* e o *Outro*. Pelo elevado número de experiências com o *Outro* relacional, a criança adquire uma ideia dos seus limites e do seu potencial relacional e físico (Giglio *et al.*, 2010; Papalia *et al.*, 2006). O desenvolvimento da personalidade caracteriza-se, de acordo com Piaget (1978) em oito fases consecutivas e, cada fase, inclui o desenvolvimento de características essenciais à personalidade que, por sua vez, acompanham o indivíduo ao longo de toda a vida – do nascimento até à morte, nomeadamente :i) fase oral, infância; ii) fase anal, primeira infância; iii) fase fálica (Edipiana), segunda infância; iv) fase de latência (faixa etária em que se insere este estudo), idade pré-escolar; v) fase genital, adolescentes; vi) adulto jovem; vii) idade adulta, idade de maturidade.

Ainda segundo Giglio *et al.* (2010), as crianças entre os 5 e os 12 anos de idade, encontram-se na fase de latência ou idade pré-escolar. O principal foco nesse período é a inserção da criança no seu meio Psicossocial – deixando de ser o centro do Mundo, para passar a participar mais como um *Ser Protagonista* da sua existência. Assim, a escola, os companheiros, as atividades recreativas e o contacto com os adultos fora do ambiente familiar, obtêm cada vez mais importância, com a criança a explorar o Mundo, criando relações com os adultos e equiparando-se com os pares. Por outro lado, os pais e a escola, começam a ter um papel preponderante na transmissão de conhecimentos e de poder, apresentando a criança como ela é em relação ao *Outro* e, preparando-a, assim, para as adversidades futuras.

Também durante a fase de desenvolvimento na idade da latência, e quando deparada com questões desconhecidas, a criança pode vir a experienciar o medo e a ansiedade em relação ao que se pode apresentar como um eventual perigo. Neste sentido, o medo constitui-se como um estado emocional que se manifesta perante uma situação de risco, caracterizado pelo conhecimento intelectual do mesmo, desencadeando uma sensação particular de inquietação psicológica, podendo culminar num *traço intelectual da ansiedade*. Particularmente nas crianças mais novas, é muito difícil distinguir a vivência da ansiedade e do medo, constituindo-se este último como uma das principais forças motivadoras da conduta humana. O ambiente familiar é o causador de primeira ordem no que diz respeito aos problemas de medo, tendo como principais fatores desencadeantes a superproteção, a ansiedade, a rejeição, a preocupação e a apreensão exagerada dos pais (Bronfenbrenner & Ceci., 1994). Na verdade, o medo pode classificar-se como objetivo ou subjetivo, sendo o medo objetivo o medo que provém da experiência desagradável anteriormente vivida pela própria criança em consultório ou ambientes idênticos o que, por vezes, pode estar relacionado com a ansiedade já existente no *seio familiar* (Plutchik, 2003). O medo subjetivo ocorre, maioritariamente, por informações obtidas a partir de adultos ou de crianças mais velhas. A criança pode ouvir falar de experiências desagradáveis, vivenciadas pelos seus progenitores, parentes ou amigos, no consultório do Médico Dentista ou em especialidades semelhantes, processando a informação de tal forma que poderá vir a fantasiar a realidade de forma deturpada em futuras vivências (Maltagliati *et al.*, 2007).

No que diz respeito à transição do jardim de infância para a escola primária e ao investimento nos processos intelectuais, estes só se tornam possíveis aquando de um certo

desinvestimento nas relações afetivas dos estágios pré-edipianos e edipianos, ou seja, as crianças emocionalmente dependentes dos progenitores ou envolvidas em conflitos parentais, parecem não adquirir, por vezes, uma integração normal no ambiente escolar (Bronfenbrenner *et al.*, 1994; Papalia *et al.*, 2008). Este facto parece advir, aquando da primeira infância, dos vínculos primordiais providos à criança por parte da família sendo que, a qualidade do cuidado, dentro dos aspetos físico e sociais, resulta de condições vulneráveis de vida, tanto socioeconómicas como psicossociais, podendo estas mesmas serem sub ou sobrevalorizadas. A família desempenha, assim, o papel intermediário entre a criança e o meio social em que esta se insere, possibilitando a sua socialização, revelando-se, então, como um elemento fulcral para a evolução cognitiva da mesma (Zamberlan & Biasoli-Alves, 1996).

Assim como a sobrevalorização da relação com os progenitores pode influenciar a adaptação da criança ao mundo social no qual está envolta, o baixo nível socioeconómico e a fragilidade dos vínculos familiares também são frequentemente vistos como sendo fatores de negativos aquando da inserção da criança no meio que a rodeia, podendo resultar em consequências na resolução de problemas, na linguagem, na memória e no que concerne às aptidões sociais (Zamberlan *et al.*, 1996), ou seja, quanto melhor a qualidade do estímulo ambiental vivenciado pela criança, melhor poderá ser o seu desempenho cognitivo. Para além deste facto, também o nível de escolaridade materna, de acordo com alguns estudos efetuados, apresenta uma associação benéfica com a qualidade da estimulação ambiental captada pela criança. Do ponto de vista psicológico, existem mais condições de harmonia emocional, visto que as palavras transformam o mundo numa substância previsível (Andrade *et al.*, 2005). Neste sentido, também a interação da criança com o adulto, ou com outras crianças integrantes do seu ambiente social, se revela um dos principais constituintes para uma adequada inclusão no meio familiar. Os processos proximais são instrumentos pertencentes a essa interação relacional, colaborando para que a criança desenvolva a sua auto-perceção, para além de orientar e controlar o seu comportamento na sociedade, possibilitando a obtenção de conhecimentos e competências, assim como instituir relações no seu próprio meio físico e social (Bronfenbrenner *et al.*, 1994).

1.2.A auto-percepção e o significado da perda dos dentes decíduos

As peças dentárias são, normalmente, identificadas como um componente de elevada importância na estética do rosto, desempenhando um papel fulcral nas relações e interações entre os indivíduos num determinado meio (Lopes, Araújo & Milagre, 2015; Tin-Oo, Saddki & Hassan, 2011). No âmbito da psicanálise, os dentes podem ser considerados como uma manifestação simbólica do ego e, a sua perda – na realidade ou no sonho – pode ser inconscientemente entendida como uma pequena morte do eu (Kübler-Ross, 1992). O evento da erupção dentária é uma etapa muito importante na organização psíquica dos indivíduos e, por isso, a perda dentária pode levar a alterações e consequências no foro emocional. Ainda segundo este autor, as experiências psíquicas e culturais contribuem para que a boca, os dentes, o sorriso, o rosto e a mordida, possam ser constituídos como referência pessoais e como critérios de aceitação social (Vargas & Paixão, 2005).

A perda das peças dentárias decíduas fica a dever-se a fatores naturais, aquando da queda inata das mesmas, assim como a fatores externos. A extração de dentes decíduos clinicamente lesados pode revelar-se necessária devido a diversos motivos, de entre os quais se destacam o diagnóstico errado, a inaptidão das crianças para realizarem procedimentos dentários extensos, a opinião dos pais no que diz respeito à conservação das peças dentárias decíduas, o risco do dente decíduo para o permanente descendente, fraca cicatrização dos tecidos moles que cingem os dentes e o desenvolvimento de complicações pós-tratamento (Holan & Ram, 1999). Nesta linha de registo, a perda de peças dentárias pode levar a que alguns indivíduos, sentindo-se menos atraentes ao nível da sua auto estima, se vejam a si próprios como sendo menos sociais no que diz respeito às relações com quem os rodeia, podendo vir a desenvolver um sentimento de vergonha acerca da sua aparência dentária em situações de carácter social, bem como podendo chegar a perder oportunidades sociais face a estes fatores intrínsecos às suas vivências (Siti, Tan, & Mathew, 2015).

Uma das consequências da perda de dentes decíduos parece estar conotada com a auto-imagem e a qualidade de vida do ser humano (Giannetti, Murri, Vecchi & Gatto, 2007). Segundo Kapur, Shawla, Goyal e Gaube (2005), as crianças de três anos de idade são perfeitamente conscientes da aparência do seu rosto, chegando mesmo a chamar à atenção dos seus progenitores para que reportem ao Médico Dentista quando existem

situações de descoloração de peças dentárias, o que interfere na estética dentária e facial. Ainda assim, e no que diz respeito ao caso específico das crianças, a preocupação com a sua imagem devido à perda de peças dentárias decíduas é, na maioria das vezes, mais importante para os progenitores. É, assim, reforçada, a importância elevada da estética para os progenitores das crianças, sendo que a mãe é quem se preocupa mais com esta problemática, devido a achar pouco atraente a condição *de falta de dentes no rosto da criança* (Woo, Sheller, Williams, Mancl & Grembowski, 2005). Apesar deste facto particular, parecem existir alguns resultados de estudos efetuados que demonstram a existência de comportamentos de crianças no contexto Inter-Pares que colidem com a sua aparência estética (Dion, 1973; Langlois & Stephan, 1977). De acordo com estes estudos, concluiu-se que as crianças que mantinham uma aparência considerada normal das peças dentárias decíduas, eram tidas como mais atraentes, mais desejáveis para com as amizades estabelecidas, mais inteligentes e menos propícias a comportamentos agressivos. A região da cavidade oral considera-se, assim, de importância primária no que concerne à determinação da *aparência do rosto* (Shaw, 1981).

O conceito gerado em torno da cavidade oral tem vindo a mostrar-se mais complexo do que outrora, tendo em conta que a cavidade oral se conceptualiza para além do que meramente se concebe como um mero instrumento que providencia a Nutrição do *Ser Humano*, constituindo-se como uma componente estética central e, em termos de aparência, cheiros e sons, revela-se como um representante simbólico de vivências do *Self* (Graham & Power, 2006). A perda de peças dentárias é, *per si*, uma causa de diversas consequências que, à primeira vista, podem levar a sequelas na anatomia, estética e biomecânica do rosto. Ainda assim, pode-se revelar também como um *choque psicológico* para os pacientes. De modo a compreender o centro desta questão entre os indivíduos que perdem dentes, torna-se imprescindível cultivar o conhecimento acerca das proporções Psicossociais da perda dos mesmos. Nos últimos anos, a Medicina Dentária observou um aumento exponencial da pesquisa científica no domínio dos aspetos a considerar acerca da perda dos dentes (Shah, Diwan, Diwan, Chauhan, Agrawal & Patel, 2015). A alimentação, por parte de quem experiencia a perda dentária, pode fazer com que esta última seja vista como uma incapacidade crónica, visto que dificulta o ato de processar os alimentos e parece ter um impacto direto sobre o comportamento alimentar (Nowjack-Raymer & Sheiham, 2007; Ramos, 2005).

As emoções associadas à perda dentária podem revelar-se bastante negativas, não sendo apenas resultantes de problemas estéticos ou funcionais, mas também porque os dentes e a boca têm um significado importante na formação do funcionamento do psiquismo humano (Vargas & Paixão, 2005). Estudos de natureza qualitativa e quantitativa, efetuados acerca das emoções associadas aos efeitos da perda dos dentes decíduos, mostram que muitos dos sujeitos inquiridos detinham dificuldades em aceitar a perda das peças dentárias e que, muitas vezes, se sentiam menos confiantes, restringiam as suas atividades sociais e evitavam estabelecer relacionamentos pessoais próximos (Newton, Fiske, Foote, Frances, Loh & Radford 1999).

Para além das condições sociais e económicas, a perda dentária pode adquirir um carácter psicológico de alto impacto na vida do ser humano e deve ser evitada, sendo que apenas é tida como normal quando é natural. Nesta última condição, quando não é passível de ser evitada, os pacientes devem ser devidamente informados e educados desde cedo, acerca dos efeitos da perda, o que pode ajudar a ultrapassar e a encarar melhor este *evento da vida humana*, ainda que seja apenas temporário, resultando num no sentimento de perda de uma parte de *Si Próprio* (Newton et al., 1999; Shah et al., 2015). No que diz respeito à perda de dentes decíduos por parte da criança e com o amadurecimento progressivo das suas capacidades psicomotoras, a criança passa a criar uma visão mais real do tratamento dentário e, ainda que solicitando explicações e formulando questões, estabelece uma relação Médico-Dentista-Paciente adequada, no que diz respeito à adesão terapêutica (Giglio et al., 2010). Porém, e no que diz respeito ao papel do Médico Dentista como Educador para a Saúde, a possibilidade de que a perda precoce, ou não, de dentes decíduos possa, efetivamente, vir a desencadear um conjunto de problemáticas, para além do *trauma* em si, deve ser avaliada e comunicada aos progenitores de modo a que possam lidar com a criança de acordo com as informações clínicas (Holan & Needleman, 2014).

1.3. Percepção da auto-imagem do corpo

A imagem corporal diz respeito às experiências psicológicas vividas por alguém e ao funcionamento e aparência do seu corpo, sendo que, na sua essência, o Ser Humano vive num mundo intrapsíquico subjetivo em interação contínua profunda com o ambiente social em que se insere. Neste sentido, a auto-imagem revela-se como sendo a

organização psíquica do próprio Ser Humano e é um constituinte básico de um fragmento real e de outro subjetivamente criado (Barros, 2005; Enricone *et al.*, 2008).

Assim, a uto-imagem é um conceito que detemos acerca de nós mesmos. É a crença que temos em relação a quem somos – a nossa própria ideia global de todas as capacidades que adquirimos e dos nossos traços de personalidade. Trata-se, assim, de uma construção cognitiva, de um sistema de representações descritivas e de avaliações sobre *Si Mesmo*, o que determina a maneira como nos sentimos em relação a nós mesmos e que, por sua vez, cria uma linha orientadora para as nossas ações (Harter, 1998). Na mesma linha de registo, a auto-imagem tem sido conceptualizada como sendo a perceção que uma pessoa obtém acerca de *Si Mesma* e como se vê a *Si Própria* (Stets & Burke, 2003). Deste modo, configura-se como um conjunto de identidades que facilitam o significado do *Eu* dentro do contexto social guiando, então, o comportamento do sujeito individual no quotidiano da vida (Oyserman, Elmore & Smith, 2012).

Ainda na órbita da definição de auto-imagem, insere-se também o auto-conceito. A identidade é derivada do papel do *Eu* num processo de auto-desenvolvimento individual, que ocorre no decurso das interações sociais (Stryker, 2007). Desde a infância que os esquemas culturais têm como objetivo a perceção coletiva do *Eu* e do papel esperado pela sociedade, assim como das normas e responsabilidades de cada ser, associados com as suas redes sociais (Stets *et al.*, 2003). Assim, o auto-conceito é, para além de uma entidade psicológica autónoma, uma função do *Eu* na sociedade, que é baseada na interação social com o *Outro*. A identificação com os grupos sociais não só ajuda o Ser Humano a localizar o seu lugar na sociedade, como também o orienta no sentido de pertencer a um determinado ambiente Psicossocial (Hogg, Terry & White, 1995).

De acordo com Almeida, Loureiro e Santos (2002), os estudos efetuados acerca da imagem corporal sugerem, de um modo geral, que existem consequências negativas relacionadas com o descontentamento, a desvalorização e a inquietação com a auto-imagem, tornando-se estas emoções influenciadas por fatores Psicossociais. A Teoria do Descontentamento Normativo (Leonhard & Barry, 1998), suporta a ideia de que a insatisfação com o próprio corpo está normalmente relacionada com as imposições coletivas e sociais da aparência e, também, refere que, apesar do seu papel fulcral, o apoio social, geralmente, não é capaz de compensar totalmente uma perceção negativa de si mesmo (Barros, 2005; Papalia *et al.*, 2008).

Assim, parece ser cientificamente reconhecido que a criação do *Eu* se configura como um componente social multifacetado que vai mediar as interações entre a sociedade e os comportamentos dos indivíduos que a constituem (Hogg *et al.*, 1995). Contudo, Brewer e Gardener (1996) ainda chegam a distinguir a existência de três componentes do *Eu* social: o *Eu* individual, o *Eu* relacional e o *Eu* coletivo.

O senso de identidade possui, igualmente, uma vertente social: as crianças incorporam a sua crescente compreensão de como são vistas pelos *Outros* na sua auto-imagem. A imagem do *Eu* torna-se mais perceptível após o primeiro ano de vida e, à medida que o tempo vai avançando, a criança vai compreendendo que existe autonomamente separada de *Outras* pessoas e coisas. O auto-conceito fica mais claro e mais inteligível, à medida que a criança vai adquirindo habilidades cognitivas e se vê confrontada com as tarefas de desenvolvimento integrantes da infância, da adolescência e, por fim, da idade adulta (Papalia *et al.*, 2008).

Assume-se que a identidade de uma criança evolui e muda com o avançar do tempo, sendo que a percepção da sua identidade e conceito do *Eu* se desenvolve de acordo com diferentes fases da trajetória de vida. Vários estudos denunciam que a identidade da criança se submete a uma progressão do desenvolvimento do concreto ao psicológico na idade dos 8 anos, já que nesta idade a criança é capaz de utilizar termos psicológicos para se descrever a *Si Mesma* e aos *Outros* que a rodeiam (Wellman, 1990). Nesta fase, as crianças também já demonstram uma preocupação aumentada acerca do que os outros pensam delas e, conseqüentemente, essa percepção reflete-se na sua auto-estima (Bernabé, Sheiham, Tsakos & Messias de Oliveira, 2008). Dos 7 aos 8 anos de idade, a auto-descrição da criança é baseada nas suas características exteriores, assim como nas suas relações sociais, apesar de já incluir características mais estáveis e reais (Harter, 1998). Ainda assim, na infância tardia e na adolescência, a criança parece ser mais dotada a suportar a sua percepção em crenças e em termos psicológicos nas interações sociais (Rhodes & Jeffery, 2006).

No que diz respeito ao auto-conceito de uma criança, este pressuposto conceptual sustenta-se basicamente em características externas, tais como as características físicas. A partir dos 4 anos de idade, as tentativas de autodefinição da criança tornam-se mais abrangentes, sendo que existe uma transição dos 5 para os 7 anos, baseada na teoria Neopiagetiana (Case, 1985), referindo que esta transição se dá em três fases distintas, que se constituem como parte de uma progressão contínua, sendo elas: i) as representações

únicas, na qual a criança apresenta itens isolados sobre si mesma, saltando pormenores dentro do seu pensamento, sem realizar conexões lógicas, não conseguindo vivenciar duas emoções em simultâneo, nem distinguir o *Eu* real do *Eu* ideal; ii) a segunda etapa acontece por volta dos 6 anos de idade, quando a criança inicia a ligação de um aspeto de *Si Mesma* a *Outra*, sendo que esse mapeamento representacional – conexões lógicas entre partes da *Sua* imagem de *Si Mesmo* – ainda é expresso em termos completamente positivos; iii) a terceira e última fase – sistemas representacionais – ocorre na terceira infância, aquando da integração de características específicas da criança num conceito geral multidimensional, tornando-se, assim, num pensamento mais equilibrado (Harter, 1998; Papalia *et al.*, 2008). É nesta última fase que se desenvolvem as emoções dirigidas ao *Eu*, após as crianças adquirirem o que se nomeia de auto-consciência. Estas emoções têm origem no mundo social, ou seja, são dependentes da internalização dos padrões de comportamento praticados pelos progenitores e pelos pares, apesar de crianças maiores carecerem, por vezes, de um desenvolvimento cognitivo suficiente para reconhecer essas emoções e o que se encontra na sua origem (Harter, 1998).

O comportamento e apoio social demonstrado pelos progenitores e pelas pessoas que rodeiam a criança são, de igual modo, grandes determinantes para a formação da auto-estima. Não podemos, então, falar de auto-imagem e de auto-conceito sem falar de auto-estima, sendo que esta última está associada à perceção e à avaliação da imagem que o Ser Humano tem a seu respeito em comparação com o ideal (Cadena & Guerra, 2006; Çivitci & Çivitce, 2009). Assim, torna-se quase impossível contestar a relevância da auto-estima, sendo esta mesma estimada como um dos principais contributos do carácter humano. A fundação da auto-estima, que tem como base a auto-imagem, habita no conhecimento pessoal acerca de *Si Mesmo* e na evolução das competências particulares de cada um, na perceção das emoções, das ações e dos ideais que dizem respeito à dinâmica individual (Enricone *et al.*, 2008; Mosquera *et al.*, 2006).

A competência emocional mostra-se, também, como uma parte integrante do desenvolvimento, sendo significativa na compreensão das competências da criança em expressar adequadamente, interpretar e regular as suas emoções, bem como na perceção das emoções de quem a rodeia. As competências mais consistentemente estudadas no âmbito do desenvolvimento humano são passíveis de serem agrupadas em três partes, de entre as quais se destaca a expressão emocional, tomando o lugar central no que diz respeito à competência emocional e à capacidade de moderar emoções negativas e

salientar emoções positivas, sem adulterar a informação que as mesmas transmitem (Mayer & Salovey, 1997). A expressividade positiva constitui um elemento crucial no início e regulação das interações sociais, ao invés do afeto negativo que, por sua vez, pode vir a comprometer a qualidade da interação com o *Outro*. Por outro lado, parece ter sido, também, evidenciado através de alguns estudos, que a variável idade aparenta desempenhar um papel significativo no que refere à percepção e motivação estética e que, aquando da chegada ao estágio etário da adolescência, os indivíduos se tornam mais críticos em relação à sua aparência (Siti *et al.*, 2015). Nesta linha de entendimento, visto que a organização sociocultural atual parece valorizar substancialmente conceptualizações em torno da estética e dos padrões impostos pela mesma e, quando os indivíduos não se inserem no domínio desses mesmos padrões, podem tornar-se vulneráveis a sentimentos de inferioridade, insegurança e vergonha (Valença & Germano, 2009). Na verdade, sujeitos com alguma *desfiguração facial*, como acontece aquando da perda dos dentes decíduos, são passíveis de serem avaliados pelos seus pares e, a partir daí, virem a experimentar um rol de mudanças na sua personalidade evitando, de alguma forma, contactos interpessoais, isolando-se, tornando-se desconfiados, deprimidos, ansiosos e confusos. Esta mudança de personalidade pode ser explicada pelo receio de que a *desfiguração facial* seja percebida negativamente pelos *Outros*, mobilizando grandes esforços da parte do sujeito, de forma a passarem despercebidos perante a sociedade, encontrando, assim, novas estratégias para se adaptarem ao meio (Goofman, 1988). Deste modo, a perda dos dentes decíduos é suscetível de ser considerada como uma *desfiguração facial* passível de se poder configurar como um estigma social e, consequentemente, causar eventuais comportamentos de rejeição entre os pares na fase da infância (Vargas & Paixão, 2005).

1.4.A representação mental do rosto

Ainda que o rosto represente apenas uma pequena porção da superfície do corpo humano, é o componente que incorpora a identidade social do *Ser Humano* (Hobkirk & Zarb, 2012). A imagem psicológica do *Self* físico é fortemente dotada de significado emocional e, como tal, mudanças que se revelem significativas no corpo podem resultar na igual variação da instabilidade emocional (Shah *et al.*, 2015). O rosto é, assim, a característica mais distinta da aparência física do *Ser Humano* e revela-se como sendo a chave de reconhecimento do mesmo, na sua individualidade, e para os *Outros* (Ainley,

Tajadura-Jiménez, Fotopoulou & Tsakiris, 2012). Nesta linha de registo, a forma como as diferentes expressões faciais promovem a denúncia das nossas vivências intrapsíquicas, tem-se revelado como um objeto de estudo de eleição em várias investigações científicas da atualidade (Ekman, 1999; Keltner & Ekman, 2000).

Retrocedendo até às origens da existência do Ser Humano enquanto Pessoa individual, sobretudo enquanto bebé, podemos verificar que a forma de comunicação estabelecida se baseia, para além do toque, na expressão facial. O vínculo mãe-bebé é formado pela preferência que ambos conferem ao controlo de estímulos faciais da díade. A criança aprende, não só através do estudo das expressões, mas também mimetizando o que visualiza no âmbito da interação com os seus cuidadores. (Zamberlan *et al.*, 1996). Se já nos primordiais tempos de vida os bebés conseguem reproduzir expressões faciais, quando atingem algumas semanas, são hábeis no domínio da emissão de respostas aquando dos contextos sociais e relacionais com os pares em contextos escolares (Brewer *et al.*, 1996).

As crianças mais pequenas possuem, assim, a capacidade de distinguir diversas expressões faciais de índole emocional. Aquando da 1ª infância, os primeiros rostos que as crianças representam através do desenho são as dos Seres Humanos que lhes são mais próximos. Fazem-no através do desenho de um círculo irregular, dentro do qual as suas principais componentes, tais como os olhos, o nariz, a boca e as restantes formas, são providas de estilos particulares (Young-Browne, Rosenfeld, & Horowitz, 1977). As estruturas anatómicas que mais expressam as emoções do ser humano, nomeadamente os olhos, as sobrancelhas e a boca, situam-se na face e, é automaticamente inferido, que as emoções não são passíveis de serem encobertas ao nível da expressão do rosto. As expressões da face refletem as emoções, ainda que uma comunicação propriamente dita só se efetive quando o recetor a descodifica de forma eficaz. Assim, as emoções, apesar de refletirem um constituinte não verbal, encontram-se inseridas no conceito manifesto da comunicação interpessoal, requerendo, assim, um contexto de interação interpessoal de natureza latente no âmbito não-verbal (Dias, 1993; Fasel & Luetin, 2003).

Segundo Vroomen e Gelder (2000), a emoção é, não só, expressa através da voz, mas também através do rosto, já que parece existir pouco controlo consciente sobre estas partes integrantes do Ser Humano. Posto isto, torna-se evidente que a face é um dos elementos mais importantes da comunicação não-verbal, destacando-se ainda o facto de que a revelação das manifestações consequentes de pensamentos ou emoções, criadas

pelos músculos da face, ocorre, regularmente, antes da percepção e da transmissão verbal dos mesmos (Schnall & Laird, 2003).

O rosto Humano é, deste modo, o centro da interação social (Adams Jr. *et al.*, 2010; Haxby, Hoffman & Gobbini, 2000), sendo que, quando um ser humano desenvolve uma conversação ou olha para o *Outro*, fá-lo diretamente em direção ao rosto pelo facto de ser nesta componente do corpo humano que se concentram as ações que providenciam expressões, externalizando os sentimentos que residem ao nível do inconsciente da mente. Entre as emoções que a face pode expressar, o sorriso, que *escolta* o ser humano ao longo de toda a sua existência, é exposto nas relações com os pares, num contexto social que funciona como um meio de comunicação cognitiva e afetiva (Johnston, Miles & Macrae, 2010). É, também, considerado como sendo um idioma corporal presente no rosto dos Seres Humanos a nível mundial, ainda que essa analogia não deva ser interpretada como uma manifestação imutável de júbilo e êxtase, visto que o seu significado difere de cultura para cultura e altera de situação para situação (Dias *et al.*, 2006).

Pesquisas recentes sugerem que existem, então, diferenças subtis na representação mental do sorriso (e de outras emoções) em diferentes culturas, sendo possível distinguir diversos tipos de sorrisos (Bernstein, Young, Brown, Sacco & Claypool, 2008). Assim, é plausível referir que as várias aparências e interpretações de diferentes sorrisos se refletem em transmutações da sua representação mental, já que diversos tipos de sorriso diferem de acordo com o sentido que detêm para uma determinada conexão social, é possível assumir que um dos fatores que afeta a sociabilização, também influencia qual das reproduções intelectuais do sorriso pode ser estimulada numa situação específica (Ekman, 2007; Johnston *et al.*, 2010).

Nos últimos anos tem existido um interesse renovado na filosofia da mente do Ser Humano, com a esperança de que a noção de função biológica possa contribuir para a compreensão do conteúdo mental (Dias *et al.*, 2006). De acordo com uma investigação realizada por Paulus, Ohmann e Popow (2016), verifica-se que os fatores sociais influenciam a representação mental de uma expressão emocional. Este efeito, aponta para uma eventual associação entre os grupos de pares e significados sociais assinalados por uma expressão emocional. Assim, a distinção entre diversas faces/rostos não se encontra limitada apenas à percepção visual. De facto, esta parece ser influenciada por outras componentes percepcionais, incluindo a sensação somática (Tsakiris, Costantini & Haggard, 2008). Para reforçar a igual importância nos contextos fisiológico, biológico e

social, o cérebro do Ser Humano é provido de uma área *devota* à identificação de rostos, - facto este que nos permite memorizar as faces que avistamos no quotidiano -, mais concretamente as células do córtex occipito-temporal. Diversas investigações concluem que, as lesões nesta área cerebral, conduzem a uma condição de cegueira facial, que é caracterizada pela inaptidão na identificação de rostos que antes se tomavam como familiares (Wada & Yamamoto, 2001).

Tal como acontece com o ser humano adulto, a criança entre os 4 e os 6 anos de idade é capaz de reconhecer a identidade de um rosto, baseando-se apenas nas mudanças no seu contorno. Aos 8 anos de idade, consegue ser quase tão eficaz como o adulto, detetando mudanças nas formas de componentes da face, tais como os olhos e a boca. Contudo, demora ainda alguns anos até que as habilidades de processar rostos atinjam níveis equiparáveis às dos adultos (Mondloch, Le Grand & Maurer, 2002). Por outro lado, a fonte da imaturidade presente no processamento da face por parte da criança, pode ser derivada da sua representação mental dos rostos. A origem do espaço facial representa a média de faces anteriormente percebidas sendo que, a distância da origem entre diferentes espaços faciais revela a distinção de um rosto (semblantes mais típicos estarão localizados mais próximos da média) e, a direção da origem do mesmo, mostra como o rosto se distancia da média, de acordo com os componentes relevantes para a identificação facial. A média do espaço facial é atualizada continuamente com a experiência, e podem existir médias separadas para as distintas populações de faces, como faces masculinas ou femininas e ainda figuras de diferentes etnias (Rhodes *et al.*, 2006; Valentine, 1991).

Atualmente, podemos afirmar que existe uma escassa pesquisa científica centrada na utilidade do modelo empírico do *espaço facial*, que pretende descrever os mecanismos de processamento das imagens dos rostos por parte das crianças. Segundo um estudo de Johnston *et al.* (1995), crianças entre os 5 e os 7 anos de idade demonstraram fraca capacidade no reconhecimento de rostos considerados *típicos*, bem como em distinguir rostos *atípicos*. Ainda assim, crianças com, pelo menos, 9 anos de idade, demonstraram efeitos de reconhecimento de rostos *típicos* semelhantes aos dos adultos. Desta forma, um reconhecimento do *espaço socio-visual* equiparado ao dos adultos, pode ser formado entre os 7 aos 9 anos de idade. Outro estudo mais recente, infere que crianças de 8 anos de idade demonstraram um *efeito de identidade* de magnitude semelhante à dos adultos, sugerindo, assim, que nessa idade, as crianças representam a identidade facial com ligeiros desvios da média. Num último estudo consultado é sugerido, ainda, que a

reprodução facial mental de crianças de 8 anos de idade é idêntica à dos adultos, contudo, as crianças tendem a favorecer os olhos, facto este que poderá contribuir para o desempenho imaturo em tarefas de processamento de faces (Takahashi *et al.*, 2008).

Finalizadas as bases teóricas que suportam o Modelo Teórico da presente investigação, procedemos agora, na segunda parte, à passagem para o Modelo Analítico que a suporta, no qual serão descritos os procedimentos metodológicos e as estratégias de suporte associadas, de forma a culminarmos na terceira parte com o Modelo Interpretativo da Pesquisa.

III. MODELO ANALÍTICO DA PESQUISA

1. MATERIAIS E MÉTODOS

1.1. Acerca do Objeto da Pesquisa

O objeto de pesquisa da presente dissertação foi desenvolvido com o propósito da obtenção dos dados necessários para avaliar a influência da perda dos dentes decíduos na auto-imagem da criança. Para este fim, foi criado um primeiro instrumento – i) um Protocolo de Investigação originalmente elaborado para este estudo (Anexo I), e, posteriormente, - ii) uma grelha de análise de conteúdos, também original, dos desenhos elaborados pelas crianças (Anexo II) e, por fim, - iii) uma grelha de análise de conteúdo das perguntas de resposta aberta (Anexo III). O procedimento metodológico permitiu analisar com acuidade empírica, o conteúdo das respostas obtidas na recolha da amostra, diferenciando-se pelas vantagens que apresentou para o presente estudo, tais como a originalidade dos instrumentos, o seu baixo custo, a sua acessível aplicação e a rapidez de recolha. O Protocolo foi por nós elaborado de raiz, considerando como base as leituras de material científico de outras pesquisas previamente realizadas, no momento da construção do modelo teórico. As grelhas de análise de conteúdo foram, também, propositadamente concebidas para a análise dos resultados obtidos.

Aquando da aplicação do Protocolo de Investigação (Anexo I), foi inquirido às crianças que desenhassem a representação do seu rosto, em dois momentos distintos, antes (M1) e após (M2) a perda dos dentes decíduos. Como sustentáculo teórico, sabemos de antemão que existem diferentes formas de recolha de informação acerca das perceções que o indivíduo tem sobre o mundo que o rodeia, baseando-se uma delas na técnica projetiva articulada com o desenho. A representação gráfica de sentimentos e pensamentos através do desenho é uma das formas mais primitivas de comunicação humana (Dias *et al.*, 2006). A avaliação através de desenhos da figura humana tem como base o conceito de imagem corporal que se acaba por se configurar como um condutor da expressão de variáveis da personalidade. A imagem corporal sobrevem, projetivamente, no desenho da figura humana e, naturalmente, reflete o conceito do *Self*. Para além disso, permite a expressão de diferentes reproduções do indivíduo e do *Self* na sua relação de vivência com os pares (Almeida *et al.*, 2002; Barros, 2005; Cadena & Guerra, 2006).

O desenho tem, assim, uma grande variedade de paridades com o que de faz representar na realidade interna do sujeito, ainda que as representações mentais sejam similares e fantasiosas providas de algumas particularidades pictóricas. É um produto mental que se fundamenta numa imagem mental exterior, mas que já se encontra, em parte, codificado, visto ser alvo da aceção singular pessoal. Por si mesma, a imagem não é uma representação completa. A representação engloba várias experiências vividas no contexto das percepções e das fantasias latentes. Assim, a imagem consiste no material implícito à composição ficcional, sendo consistente, apesar de também eleger uma forma de se representar (Dias *et al.*, 2006). A projeção da figura humana através do desenho mostra-se, assim, como um instrumento fundamental na recolha de informação relacionada com a reprodução mental do corpo. A representação da figura humana subsidia, deste modo, a projeção de padrões de atividade psíquica de índole espontânea (Dias *et al.*, 2006). Assim, foi concebido um instrumento que teve como base a projeção pictórica da figura humana, a nível inconsciente, mais concretamente do rosto e dos seus constituintes básicos.

No que diz respeito ao questionário aplicado (Anexo x), foi realizado um estudo transversal e exploratório, através de um conjunto de perguntas de resposta aberta. O questionário revela-se como uma ferramenta de observação não interveniente, que se fundamenta num seguimento de questões escritas, orientadas a um determinado público-alvo, e que engloba as suas representações, opiniões, crenças e factos, acerca deles próprios e do meio em que se inserem (Quivy & Campenhoudt, 2003). De acordo com Hill e Hill (2005), os questionários constituídos por perguntas abertas apresentam-se profícuos quando se deseja adquirir informações qualitativas para complementar as informações quantitativas obtidas pelas restantes variáveis, sendo que as principais vantagens das perguntas abertas são o facto de nos auxiliarem na obtenção de informação mais detalhada que nem sempre é expectável pelos demais resultados. Ainda assim, estas podem-se revelar difíceis de analisar devido à variedade de respostas possíveis. No entanto, revelam-se mais vantajosas que as perguntas de resposta fechada pelo facto de estas obterem respostas pouco ricas e apontarem para factos demasiado simplistas. Nesta linha de registo, os elementos adquiridos foram empregues como informação complementar aos que foram obtidos na análise dos dados pictóricos.

A análise destas temáticas elementares levou-nos, intuitivamente, a formular questões orientadoras centrais, às quais subjaz o modelo teórico central, emergindo

pontualmente quadros teóricos auxiliares que têm a capacidade de reequacionar teorias de diversos ramos do saber, e que se revelam suportados em duas questões orientadoras subsidiárias, mais concretamente:

Q1: Qual a *Auto-Percepção* da criança sobre a perda de uma parte do corpo, neste caso específico de vários dentes, que fazem parte da cavidade oral e adquirem uma grande visibilidade com a exibição do sorriso?

Q2: Quais as repercussões percecionadas pela criança ao nível da representação mental da auto-imagem do rosto?

1.2. Da construção do Objeto de Pesquisa

1.2.1. O desenho como técnica projetiva

Segundo Piaget (1978), existem cinco comportamentos que marcam o início da função semiótica, sendo dois deles o desenho e o jogo simbólico, que são mais do que a consequência direta de uma percepção. Estes correspondem a um sistema de símbolos, dentro do qual a percepção é apenas o início figurativo. São os esquemas figurativos e os esquemas de ação que levam à possibilidade de uma ação com intenção interiorizada, que pode, mais tarde, vir a exteriorizar-se, como acontece inicialmente no jogo simbólico e no desenho (Bédard, 1995).

O ser humano adquire uma capacidade de expressão aquando do momento do nascimento, seja através do choro, de movimentos do corpo ou de comportamentos instintivos (Hammer, 1981). O desenho é uma das formas de expressão primárias do ser humano, que se evidencia muito antes da escrita, da leitura e até da fala, podendo vir a consubstanciar-se como um importante indicador acerca dos pensamentos abstratos da criança, os quais esta não consegue transmitir verbalmente ou sob qualquer outra forma de expressão, devido à sua – ainda escassa – maturidade afetivo-emocional (Giglio *et al.*, 2010).

Um dos fatores mais relevantes no uso dos desenhos como instrumento de expressão de sentimentos e emoções por parte das crianças, é o facto de este não ser inquirido à criança de forma obrigatória. Se assim for, o desenho deixa de ser um emissor espontâneo de sentimentos, para passar a ser uma obrigação que, mais cedo ou mais tarde, se tornará numa atividade de carácter impositivo para a criança. Sendo espontâneo, a

criança representa determinadas estruturas que a levam com mais aptidão em direção às suas emoções, fantasias e sentimentos. (Dias *et al.*, 2006). Ou seja, a criança projeta na folha de papel, de uma forma livre, espontânea e sem barreiras, as suas ideias, sentimentos e o próprio estado emocional na situação em que se encontra. O desenho deve ser solicitado num contexto prazeroso e descontraído para a criança, de modo a sustentar-se na espontaneidade (Bédard, 2005).

1.3. Caracterização da amostra

Atendendo a que a presente investigação se enquadra num estudo clínico de natureza transversal, realizado com recurso à representação do auto-retrato do rosto, optou-se por estudar crianças que, no momento da recolha, se encontrassem num processo de mudança de dentição. A amostra de conveniência resultou, assim, num total de 115 protocolos aplicados em crianças de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos, que compareceram às consultas de Odontopediatria da *Clínica Dentária Egas Moniz* (CDUEM) e ainda por alunos que se encontravam a frequentar o ensino básico no *Agrupamento Vertical de Escolas de Sines* (AVES), no período entre março e setembro de 2017.

De modo a efetuar a seleção da população-alvo foram utilizados como critérios de inclusão: crianças com idades compreendidas entre os 5 e os 12 anos, que compareceram na consulta de Odontopediatria da CDUEM e alunos inscritos no AVES, sem possuir necessidades especiais a nível psicológico e social. Como critérios de exclusão consideramos as idades abaixo dos 5 anos ou acima dos 12 anos, visto não serem idades nas quais ainda se verifica uma perda generalizada relevante das peças dentárias decíduas. Foram excluídas do estudo todas as crianças que apresentassem necessidades especiais de tratamento.

1.4. Procedimento de recolha da amostra

As crianças e os Encarregados de Educação (E. E.) eram abordados no final da consulta, por ser o momento em que o procedimento metodológico não iria, de alguma forma, *perturbar* o bom funcionamento da mesma, ou no final do dia de aulas, pelo mesmo motivo. Na presença dos E. E., seriam os mesmos a ajudar no preenchimento das

perguntas de resposta aberta e/ou dados demográficos, e na sua ausência os protocolos seriam preenchidos com a ajuda do investigador/a.

Em crianças mais crescidas era, por vezes, solicitado aos sujeitos o preenchimento dos Protocolos, com ou sem ajuda, num tempo aproximado de 10 minutos, de modo a ser conferido um tempo limite e não perturbar o funcionamento das instalações em que se encontravam. Precedia-se ao preenchimento do protocolo, com uma breve apresentação da finalidade da investigação aos E.E., acompanhada de um pedido formal e do consentimento informado, o qual tinha de ser assinado para que os questionários fossem passíveis de ser validados. Perante as crianças, foi informado e, sempre que necessário, reforçado o facto de não existirem respostas certas ou erradas, de modo a permitir uma maior liberdade de resposta por parte das mesmas. Após o consentimento dos E.E., era pedido que a criança desenhasse uma representação pictórica do seu rosto no momento antes (M1) e no momento depois (M2) da perda dos dentes decíduos, com recurso a um lápis de grafite. De seguida, era solicitada a resposta a quatro perguntas abertas, cujas crianças mais jovens recorreram à ajuda dos E.E. e/ou do investigador para as transpor no papel.

1.5. Sobre os instrumentos de pesquisa

Na presente investigação, optou-se por utilizar um instrumento de recolha originalmente concebido, de modo a suprir as necessidades intrínsecas à investigação. Atendendo a que o Instrumento utilizado obteve informações de elevado cariz subjetivo, recorreu-se a uma Grelha de Análise de Conteúdo (Anexo II) dos Desenhos, propositadamente concebida para interpretar objetivamente a informação obtida através dos Protocolos/Instrumentos. Para além destas ferramentas de análise, foi também concebida uma Grelha de Análise de Conteúdo para interpretar as respostas às perguntas abertas. Estas respostas foram analisadas qualitativamente através da sua categorização, para posteriormente serem analisadas quantitativamente (Anexo III).

O protocolo dispunha, ainda, de um questionário demográfico que visava recolher os seguintes dados: i) idade, ii) género, iii) número de irmãos, iv) frequência do jardim de infância, v) estado civil dos E.E. e vi) idade da primeira consulta de Medicina Dentária, de modo a caracterizar os dados demográficos dos participantes.

Efetuada a análise de conteúdo dos Protocolos, os resultados obtidos foram inseridos numa base de dados e posteriormente analisados recorrendo à versão 22 do Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), que dispunha de 52 variáveis. Os dados foram recolhidos propositadamente para o presente estudo, sendo que possuíram como finalidade exclusiva servirem de suporte científico ao objeto de estudo da presente investigação, tendo sido assegurados aos participantes o sigilo e a confidencialidade dos mesmos.

1.5.1. Instrumento de Representação Pictórica

No Protocolo de Investigação (Anexo I), foi requerido às crianças que desenhassem o auto-retrato do seu rosto antes (M1) e depois (M2) da perda dos dentes decíduos, com lápis de grafite preto, para que estas projeções pictóricas fossem posteriormente analisadas.

1.5.2. Grelha de Análise de Conteúdo dos Desenhos

Devido à especificidade do presente estudo, e após uma leitura flutuante prévia procedeu-se à conceção de uma Grelha de Análise de Conteúdo (Anexo II) dos resultados obtidos, especificamente desenvolvida para os desenhos que resultaram da aplicação deste Instrumento. Esta Grelha é composta por 3 grandes categorias, as quais se subdividem em 8 subcategorias, que se dividem, ainda, em 58 variáveis, resultando num total de 69 categorias analíticas.

1.5.3. Questionário Sócio-Demográfico

O Protocolo contém um questionário sócio-demográfico que teve como objetivo caracterizar os participantes do estudo, nomeadamente quanto às variáveis género, idade, relação dos progenitores, frequência do jardim de infância e idade aquando da primeira visita ao consultório dentário.

1.5.4. Perguntas de Resposta Aberta

Para complementar a informação obtida através dos desenhos, procedeu-se ainda à construção de um conjunto de quatro questões de resposta aberta com o objetivo de enriquecer a interpretação qualitativa dos resultados. As referidas questões pretendiam obter informações acerca da idade da queda do primeiro dente, sobre o facto de quem rodeava a criança nesse momento, do que foi feito à peça dentária em causa e do que as crianças vivenciaram em relação a esse acontecimento (auto-relato).

1.5.5. Grelha de Análise de Conteúdo das Questões de Resposta Aberta

Para analisar a informação obtida nas questões de resposta aberta, foi concebida uma Grelha de Análise de Conteúdo das Questões de Resposta Aberta (Anexo III). Esta grelha é constituída pelos diferentes intervalos de idades inerentes à primeira questão (idade no momento da perda do primeiro dente decíduo), e por um conjunto de categorias analíticas concebidas a partir da leitura e análise das respostas às restantes questões, permitindo, assim, uma análise estatística posterior.

1.6. A estratégia metodológica da investigação

1.6.1. Comissão de Ética

Antes da aplicação dos instrumentos analíticos, o projeto de investigação, incluindo os pedidos de autorização realizados à CDUEM e ao AVES (Anexo V) foram previamente submetidos à Comissão de Ética do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz (ISCSEM), para que fosse obtida a devida autorização.

1.6.2. Consentimento Informado

De acordo com a Carta de Direitos e Deveres dos Doentes, publicada pela DGS a 26 de janeiro de 2004, “O doente tem o direito a dar ou a recusar o seu consentimento antes de qualquer ato médico ou participação numa investigação ou ensaio clínico”. Desta forma, antes da aplicação do protocolo e subsequentes questionários, a totalidade dos

progenitores dos inquiridos que assentiram a participação no mesmo, leram e assinaram um consentimento informado realizado através de um modelo previamente estabelecido pela instituição de ensino (Anexo IV), no qual lhes foi descrito que a participação dos seus educandos no estudo era voluntária e que a confidencialidade das informações obtidas era assegurada, sendo que a sua identificação não seria publicada. Também foram informados de que os dados recolhidos seriam única e exclusivamente utilizados em prol deste estudo, podendo ser publicados e expostos com um objetivo totalmente científico.

2. RESULTADOS

Serão, de seguida, apresentados os resultados obtidos a partir do tratamento estatístico efetuado na extensão do presente trabalho de investigação, encetando com uma análise descritiva e qualitativa das mesmas e procedendo, posteriormente, à sua análise descritiva inferencial com recurso à versão 23 do SPSS.

2.1. Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por 115 crianças, dos quais 57 pertencem ao sexo masculino, perfazendo uma percentagem de 47,9% do total da amostra e 58 do sexo feminino, correspondendo a uma percentagem de 48,7% da mesma amostra (Ver tabela 1).

Tabela 1

Distribuição das crianças segundo o género

Género	N	%
Masculino	57	47,9
Feminino	58	48,7
Total	115	100

No que diz respeito à idade dos inquiridos, a média é de 7,90 anos, com um desvio-padrão de 1,879 anos, uma amplitude que varia dos 5 até aos 12 anos e com uma variância de 3,533 (Ver tabela 2).

Tabela 2

Análise descritiva da idade das crianças

Idade	N	Mínimo	Máximo	Variância	Média	σ
	115	5	12	3,533	7,90	1,879

No que concerne ao estado civil dos progenitores dos inquiridos, 63 referiram que os mesmos estavam separados (52,9%) e 52 sujeitos referiram que estes viviam juntos (43,7%), não se sabendo qual o tipo de união (Ver tabela 3).

Tabela 3

Distribuição dos progenitores das crianças segundo o estado civil

Estado Civil dos Progenitores	N	%
Separados	63	52,9
Juntos	52	43,7
Total	115	100

Em relação ao número de irmãos pertencentes ao núcleo familiar, 53 inquiridos disseram não ter irmãos (44,5%), 39 sujeitos referiram ter 1 irmão (32,8%), 17 mencionaram ter 2 irmãos (14,3%), 4 afirmaram ter 3 (3,4%) e, ainda, 2 sujeitos (1,7%) referiram ter 4 irmãos (Ver tabela 4).

Tabela 4

Distribuição das crianças segundo o número de irmãos

Número de Irmãos	N	%
0	53	44,5
1	39	32,8
2	17	14,3
3	4	3,4
4	2	1,7
Total	115	100

Das 115 crianças, 97 (81,5%) referiram ter frequentado o Jardim de Infância e apenas 18 sujeitos (15,1%) não o fizeram (Ver tabela 5).

Tabela 5*Distribuição das crianças segundo a frequência do jardim de infância*

Frequência do Jardim de Infância	N	%
Sim	97	81,5
Não	18	15,1
Total	115	100

Relativamente à idade, aquando da primeira consulta de Medicina Dentária, 2 participantes tiveram acesso à mesma aos 4 anos (1,7%), 18 crianças aos 5 anos (15,1%), 30 sujeitos ainda aos 6 anos (25,2%), 36 aos 7 anos (30,3%), 27 aos 8 anos (23,5%) e 2 sujeitos (1,7%) revelaram que só compareceram a uma primeira consulta de Medicina Dentária aos 10 anos (Ver tabela 6).

Tabela 6*Distribuição das crianças segundo a idade aquando da primeira consulta de medicina dentária*

Idade da Primeira Consulta	N	%
4	2	1,7
5	18	15,1
6	30	25,2
7	36	30,3
8	27	23,5
10	2	1,7
Total	115	100

2.2. Análise Descritiva e Qualitativa dos Resultados

Em relação à análise descritiva será apresentada, inicialmente, a explanação dos resultados obtidos com recurso às questões de resposta aberta, para de seguida se patentear os resultados da cotação das representações pictóricas realizadas no antes (M1) e depois (M2) da perda dos dentes decíduos.

2.2.1. Análise do Conteúdo das Perguntas de Resposta Aberta

No que diz respeito à idade da queda do primeiro dente, a Figura 1 demonstra que 6% das crianças não se lembram que idade tinham aquando desse acontecimento, 54% dos sujeitos recorda-se que foi aos 5 anos, 35% diz ter acontecido aos 6 anos, 4% das crianças aos 4 anos e, ainda, 1% refere ter sido entre os 5 e os 6 anos.

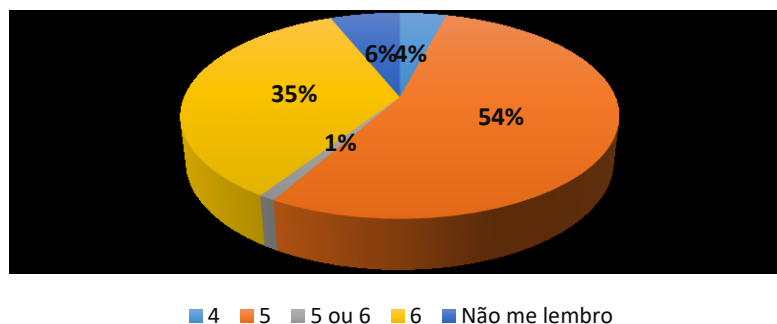


Figura 1. Frequência da idade da perda do primeiro dente decíduo

Em relação à presença de um *Outro* aquando desse acontecimento, a maioria das crianças inquiridas (27%) refere estar na presença da Mãe, 24% com o Pai e os restantes 49% estavam na presença de outros membros do seu meio, tais como avós ou amigos da escola, e os restantes sujeitos (7%) não se recordavam da presença de alguém nesse preciso momento.

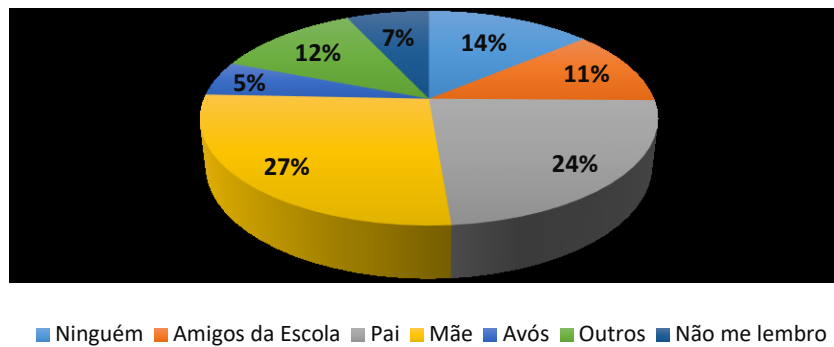


Figura 2. Frequência de pessoas a quem a criança deu o dente decíduo aquando da sua perda.

No que concerne ao que fizeram com o *dente de leite* que caiu, a maioria das crianças (30%) refere ter dado a alguém, 26% diz ter dormido com o mesmo, 20% guardou algures, 7% deitou fora, 3% das crianças trocou por alguma recompensa e 14% não se recorda.

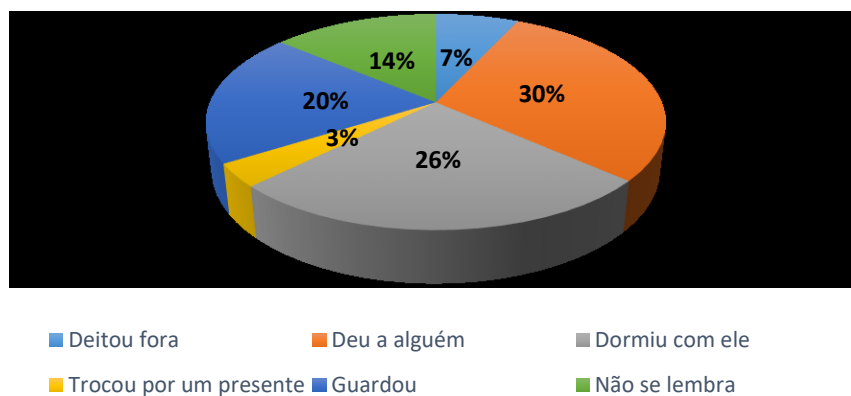


Figura 3. Frequência do que foi feito com o dente decíduo após o momento da sua perda.

Por fim, e no que toca ao auto-relato do momento da perda do primeiro dente primário, os inquiridos que se sentiram felizes (21%) perfizeram a mesma percentagem dos que se sentiram tristes ou choraram (21%), enquanto que a maioria (24%) afirmou sentir-se em crescimento. Também uma parte significativa (17%) referiu não se recordar do que sentiu.

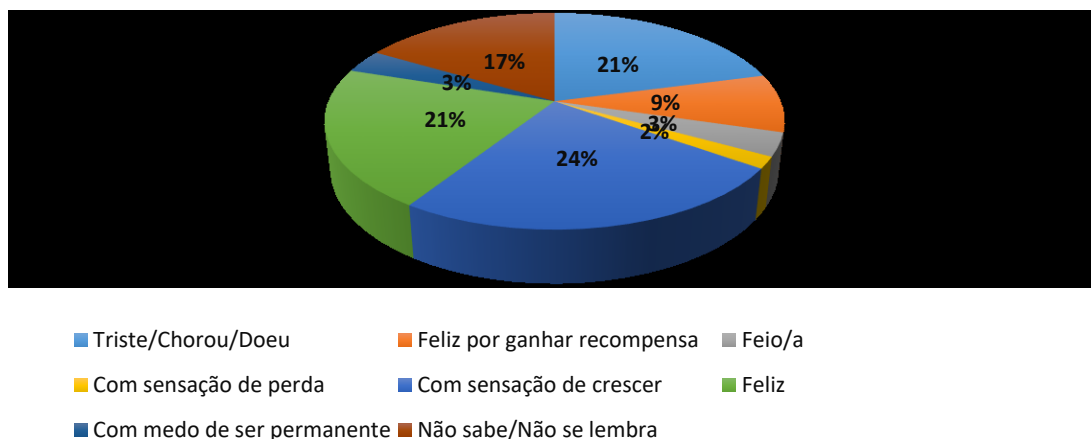


Figura 4. Frequência dos sentimentos despoletados aquando da perda do dente decíduo: auto-relato.

2.2.2. Análise do Conteúdo dos Desenhos

A tabela seguinte (tabela 7) demonstra os resultados obtidos após a análise do conteúdo pictórico dos desenhos dos auto-retratos, elaborada com recurso à Grelha de Análise de Conteúdo dos Desenhos. Na referida tabela apresentamos a análise descritiva do tamanho do desenho da categoria nomeada *Cabeça* e, no que concerne aos desenhos dos auto-retratos ANTES da perda dos dentes decíduos, concluiu-se que mais de metade das crianças (77) a desenha num tamanho normal, e os restantes desenharam num tamanho pequeno (20) ou grande (18). Já nos desenhos dos auto-retratos DEPOIS, a maioria (91) desenhou este componente de um tamanho pequeno, e as restantes crianças desenharam-no de tamanho normal (16) ou pequena (8).

Tabela 7

Análise descritiva dos auto-retratos antes e depois quanto ao tamanho da cabeça.

Tamanho da cabeça	Auto-retrato ANTES		Auto-retrato DEPOIS	
	N	%	N	%
Pequena	20	17,4	91	79,1
Normal	77	66,9	16	13,9
Grande	18	15,7	8	7,0
Total	115	100	115	100

De acordo com os resultados apresentados na tabela 8, do grupo de 115 crianças inquiridas, 28 desenharam o seu auto-retrato no momento antes (M1) sem investimento nos desenhos efetuados, enquanto a maioria, 87, investiram nos mesmos. No que diz respeito ao momento depois (M2), mais 6 crianças, 34 sujeitos, não investiram no desenho efetuado, enquanto que 81 crianças mantiveram o empenho e investimento no mesmo.

Tabela 8

Análise descritiva dos auto-retratos antes e depois quanto ao investimento nos desenhos.

Investimento no desenho	Auto-retrato ANTES		Auto-retrato DEPOIS	
	N	%	N	%
Desenho investido	87	75,7	81	70,4
Desenho não investido	28	24,3	34	29,6
Total	115	100	115	100

Relativamente à representação da *abertura da boca*, no auto-retrato antes da perda das peças dentárias primárias (M1), 23 crianças reproduziram-na de forma *fechada* e 92 crianças de forma *aberta*, enquanto no auto-retrato desenhado depois da perda (M2), a maioria dos sujeitos (83) passou a representar a boca *fechada* e as restantes crianças inquiridas (32) continuaram a desenhar esta categoria como *aberta*.

Tabela 9

Análise descritiva dos auto-retratos antes e depois quanto ao nível de abertura da boca

Abertura da Boca	Auto-retrato ANTES		Auto-retrato DEPOIS	
	N	%	N	%
Fechada	23	20,0	83	72,2
Aberta	92	80,0	32	27,8
Total	115	100	115	100

No que concerne à representação do sorriso, e de acordo com os resultados apresentados na tabela 10, 91 crianças representaram esta categoria no desenho em (M1) como *alegre*, 10 crianças como pertencentes à categoria *triste* e 14 crianças excluíram o desenho da *boca* (sorriso) no percepto. Quanto aos auto-retratos realizados *depois* em (M2), apenas 49 crianças reproduziram o sorriso como sendo *alegre*, 41 sujeitos passaram a representá-lo como *triste* e, 25 sujeitos excluíram o sorriso na representação do rosto.

Tabela 10

Análise descritiva dos auto-retratos antes e depois quanto à representação do sorriso

Sorriso	Auto-retrato ANTES		Auto-retrato DEPOIS	
	N	%	N	%
Alegre	91	79,1	49	42,6
Triste	10	8,7	41	35,7
Sem sorriso	14	12,2	25	21,7
Total	115	100	115	100

De acordo com a tabela 11, que analisa descritivamente a representação de *pormenores* aquando do desenho das peças dentárias, verifica-se que em antes (M1), 103 das crianças que participaram no estudo, não *pormenorizaram* os dentes nos seus auto-

retratos, enquanto 12 sujeitos representaram *pormenorizadamente* as peças dentárias nos perceptos. Nos auto-retratos concebidos para representar o momento (M2) da perda dos dentes, o número de inquiridos que não representou *pormenores* aumentou para 110 sujeitos, e as crianças que o fizeram diminuíram para 5 sujeitos.

Tabela 11

Análise descritiva dos auto-retratos antes e depois quanto à pormenorização dos dentes

Pormenor dos dentes	Auto-retrato ANTES		Auto-retrato DEPOIS	
	N	%	N	%
Sem pormenor	103	89,6	110	95,7
Com pormenor	12	10,4	5	4,3
Total	115	100	115	100

2.2.3. Análise Inferencial Comparativa dos Desenhos

No que diz respeito à análise inferencial, planeámos a realização de comparações entre as duas amostras, de modo a identificarmos se as diferenças existentes seriam significativas entre os desenhos executados nos momentos antes (M1) e depois (M2) da perda das peças dentárias. Também efetuámos comparações entre as diferentes componentes dos desenhos e as variáveis constantes que denominámos, por nos parecerem serem de importância acrescida, ao nível da comparação estatística dos dados. Foram utilizados os testes Kruskal-Wallis, Mann-Whitney e o do Qui-Quadrado, visto serem os mais comuns de empregar quando se pretendem comparar duas ou mais hipóteses empíricas, perante duas ou mais amostras independentes ou dependentes.

Tabela 12

Análise comparativa dos desenhos em relação ao investimento do desenho antes e depois da perda dos dentes.

		Investimento do Desenho da Figura – DEPOIS		Total	x ²	p
		Não investido	Investido			
Investimento do Desenho da Figura – ANTES	Não investido	26	8	34		
	Investido	2	79	81	255,788	0.018
Total		28	87	115		

Conforme descrição da tabela 12, a significância do fator (categoria) *Investimento do Desenho* no (M1) e no (M2) da perda dos dentes decíduos, apresentou uma significância estatística de $p=0,018$. Assim, foi possível inferir que 81 dos sujeitos mostraram inicialmente um desenho investido em (M1) e 34 sujeitos não investiram no mesmo em (M2). No momento do desenho depois (M2) da perda das peças dentárias, o número de desenhos investidos aumentou para 87.

Tabela 13

Análise comparativa do tipo de desenho representado no antes e depois

		Tipo de Desenho DEPOIS		Total	x ²	p
		Face	Figura completa			
Tipo de Desenho ANTES	Face	75	3	78		
	Figura completa	17	20	37	108,521	0,002
Total		92	23	115		

A tabela 13 demonstra que, no momento antes (M1), 78 indivíduos representaram apenas o rosto, ainda que 37 sujeitos tenham representado a figura completa do seu corpo. No momento depois (M2), o número de representações pictóricas do rosto aumentou para 92, sendo que apenas existiram 23 figuras completas desenhadas, com um grau de significância de $p=0,002$.

Tabela 14

Análise comparativa do tamanho da cabeça representado antes e depois da perda

		Tamanho da Cabeça DEPOIS			Total	x ²	P
		Pequena	Normal	Grande			
Tamanho da cabeça ANTES	Pequena	15	1	4	20	297,581	0,000
	Normal	62	13	2	77		
	Grande	14	2	2	18		
Total		91	16	8	115		

No que concerne à representação pictórica da categoria *Tamanho da Cabeça*, na tabela 14, podemos verificar que os resultados obtidos alcançaram uma significância de $p=0,000$. Assim, é possível inferir da mesma que no momento antes (M1), esta componente do corpo humano era representada pelo desenho de 77 indivíduos com um tamanho considerado *médio* ou *normal*, sendo que apenas 18 e 20 sujeitos, o desenharam, respetivamente, como *grande* e *pequeno*. Em relação ao momento depois (M2), verificamos que 91 indivíduos representaram a cabeça num tamanho considerado *pequeno*. Destes 91 sujeitos, apenas 62 sujeitos representaram esta categoria, previamente (M1), em tamanho *normal*.

Tabela 15

Análise comparativa dos desenhos em relação à abertura da boca antes e depois da perda das peças dentárias decíduas.

		Abertura da Boca			Total	x ²	P
		DEPOIS		Total			
		Fechada	Aberta				
Abertura da Boca ANTES	Fechada	23	0	23	189,584	0,000	
	Aberta	60	32	92			
Total		83	32	115			

Os resultados apresentados na tabela 15, em que comparam a representação da categoria *Abertura da Boca* nos perceptos dos auto-retratos, indiciam que 92 desenhos efetuados pelos sujeitos antes (M1) da perda dos dentes decíduos, têm a boca *aberta* e apenas 23 dos perceptos dos rostos foram desenhados com a boca *fechada*. No que diz respeito ao momento depois (M2), 60 dos desenhos efetuados passaram a exibir a boca *fechada*, o que perfaz um total de 83 perceptos desenhados com essa característica (p=0,000).

Tabela 16

Análise comparativa dos desenhos em relação ao sorriso antes e depois da perda dos dentes decíduos.

		Sorriso DEPOIS			Total	x ²	P
		Alegre	Triste	Sem Sorriso			
Sorriso ANTES	Alegre	46	32	13	91	189,025	0,000
	Triste	3	6	1	10		
	Sem Sorriso	0	3	11	14		
Total		49	41	25	115		

Na tabela 16, figuram os resultados onde são comparadas as representações da categoria *Sorriso*, verificando-se que 91 dos sorrisos desenhados no momento (M1) eram *alegres*, sendo que 10 e 14, respetivamente, eram *tristes* ou *sem sorriso*. No momento depois (M2), os sorrisos *alegres* sofreram um decréscimo para 49 perceptos desenhados, o que aumentou a frequência dos sorrisos *tristes* e as representações dos desenhos *sem sorriso* para 41 e 25, respetivamente. A significância deste resultado, de acordo com a amostra estudada, foi confirmada devido a $p=0,000$.

Tabela 17

Análise comparativa das representações pictóricas dos dentes no antes e depois.

		Representação dos		Total	x ²	P
		Dentes DEPOIS				
		Ausentes	Presentes			
Representação dos Dentes ANTES	Ausentes	46	17	63		
	Presentes	30	22	52	214,587	0,002
Total		76	39	115		

Em relação à representação da categoria *Dentes* nos desenhos elaborados, os resultados obtidos, com uma significância de $p=0,002$, assumiram em (M1) o valor de 63 indivíduos que não representaram qualquer item relacionado com esta categoria, enquanto 52 sujeitos representaram os seus dentes nos perceptos desenhados. Contudo, no momento (M2), o número de indivíduos cujos desenhos apresentavam *ausência* de *Dentes* sofreu um acréscimo para 76 perceptos desenhados.

Tabela 18

Análise comparativa dos desenhos do pormenor dos dentes antes e depois da perda dos mesmos.

		Representação de		Total	x ²	P
		Pormenor nos Dentes				
Representação de Pormenor nos Dentes ANTES		DEPOIS				
		Sem Pormenor	Com Pormenor			
Sem Pormenor		101	2	103		
Com Pormenor		9	3	12	234,258	0,035
Total		110	5	115		

É possível verificar, através dos resultados obtidos com significância estatística $p=0,035$ apresentados na tabela 18, que 103 dos inquiridos não representaram pormenores nos dentes, no momento (M1), e que este número aumentou para 110, no que concerne aos perceptos dos desenhos no momento (M2). Ou seja, apenas uma pequena minoria de indivíduos, 12 sujeitos no momento antes (M1) e, 5 no momento depois (M2), representaram *pormenores* válidos e *minuciosos* aquando da representação das peças dentárias nos seus pictogramas.

Tabela 19

Análise comparativa do investimento dos desenhos com a frequência do jardim de infância.

		Frequência do Jardim de Infância		Total	p
		Não	Sim		
Investimento do Desenho	Não investido	5	29	34	0,550
	Investido	13	68	81	
Total		18	97	115	

Apesar de não terem significância estatística ($p=0,550$) de relevo, os resultados comparados na tabela 19 demonstram que os indivíduos que frequentavam o Jardim de Infância investiram mais nos perceptos desenhados, quer no momento antes (M1), quer no momento depois (M2).

Tabela 20

Análise comparativa do investimento dos desenhos com a relação dos pais.

		Relação dos Progenitores		Total	P
		Separados	Juntos		
Investimento do Desenho	Não investido	19	15	34	0,307
	Investido	44	37	81	
Total		63	52	115	

Em relação à comparação entre o *Investimento do Desenho* e a *Relação actual dos Progenitores*, e apesar dos dados sobre essa mesma comparação não apresentarem significância estatística ($p=0,307$), é passível de se verificar que, na tabela 20, o número de inquiridos cuja relação dos pais é inexistente não existe investe mais nos desenhos (44) efetuados, do que os que partilham o lar com os seus progenitores sob uma relação denominada de saudável (37).

Tabela 21

Análise comparativa do investimento dos desenhos com a existência de irmãos.

		Existência de Irmãos		Total	P
		Sim	Não		
Investimento do Desenho	Não investido	15	19	34	0,219
	Investido	34	47	81	
Total		62	53	115	

De acordo com os dados apresentados na tabela 21, onde são comparados o *Investimento do Desenho* com a *Existência de Irmãos* na fratria, verifica-se que os

inquiridos com irmãos não parecem ter investido mais nos desenhos elaborados (34 sujeitos) do que os sujeitos filhos únicos (47 sujeitos).

Tabela 22

Análise comparativa da representação dos dentes com a idade da primeira consulta no dentista.

		Representação dos Dentes		Total	p
		Ausentes	Presentes		
Idade da 1ª Consulta	4 – 7 anos	52	34	86	
	8 – 10 anos	11	18	29	0,051
Total		63	52	115	

Se compararmos a subcategoria *Representação dos Dentes* em relação à *Idade da Primeira Consulta de Medicina Dentária*, inferimos que esta comparação se encontra no limiar da significância estatística ($p=0,051$). sendo que não a possui. Podemos observar, com recurso à tabela 22, que dos inquiridos cuja primeira consulta se realizou nas idades compreendidas entre os 4 e os 7 anos, 34 sujeitos representaram as peças dentárias nos seus desenhos, enquanto que a maioria dos sujeitos (52 indivíduos) não o fez quando inquiridos a desenhar os seus perceptos.

Tabela 23

Análise comparativa da idade da primeira consulta de medicina dentária com a representação do sorriso.

		Representação do Sorriso		Total	P
		Com sorriso	Sem sorriso		
Idade da 1ª Consulta	4 – 7	67	19	86	
	8 – 10	23	6	29	0,412
Total		90	25	115	

Por fim, comparando a variável *Idade da Primeira Consulta de Medicina Dentária* com a *Representação do Sorriso*, observamos que, no primeiro intervalo de idades (4-7A) se verificou a existência de uma maioria absoluta de sujeitos que representam o sorriso (67 sujeitos) em relação às crianças que não o fizeram (19 sujeitos). No intervalo de idades mais avançadas (8-10A), também se pode verificar que, a maior parte dos inquiridos (23 sujeitos) representou o sorriso em detrimento de 6 crianças que não representaram o desenho da categoria sorriso nos perceptos desenhados.

3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Constitui-se como principal objetivo desta investigação, a análise da *auto-perceção da criança*, no que diz respeito aos momentos antes (M1) e depois (M2) da perda das peças dentárias decíduas. A amostra foi delimitada em termos etários às crianças que se encontravam a passar por esse processo de desenvolvimento, no momento da recolha da amostra, denunciando *a priori*, em termos dos resultados obtidos, uma homogeneidade quanto a avariável género.

Para procedermos à discussão dos resultados iremos suportar-nos no modelo teórico que envolve as questões orientadoras criadas no início do presente trabalho e referenciadas na metodologia.

As crianças observadas situam-se na média de idades dos 8 anos, o que pode constituir-se como uma mais-valia para este estudo exploratório, na medida em que, segundo Demarest e Langer (1996), perto dos 8 ou 9 anos de idade a criança demonstra uma capacidade de se representar a *Si* e aos *Outros*, através do desenho, de uma forma semelhante à de um adulto, relevando-se, assim a fidedignidade do instrumento escolhido.

Relativamente à estrutura do núcleo familiar, verificou-se que, mais de metade das crianças vive sob uma relação de pais separados e que, curiosamente, foram precisamente estas crianças que mais investiram nos desenhos elaborados para este estudo. Tendo em conta que a criança é confrontada com uma tarefa de cariz pessoal, a reação da mesma poderia vir a ser algo desfavorável. Contrariamente ao expectável, são estas crianças, frutos de uma relação de pais separados, que têm maior recetividade a este pedido. Tal facto, poderá estar relacionado com a resiliência adquirida aquando da separação dos progenitores, visto que segundo Hetherington e Stanley-Hagan (1999) se a criança dispuser de um bom suporte no momento da separação e nos tempos que se seguem, é possível que esta crie estratégias que lhe vão permitir *pensar para além da sua maturidade*, estando habituada a lidar com situações diferenciadas face às crianças que sempre viveram com os seus progenitores em união física. De acordo com Zill, Morrison e Coiro (1993) existe, ainda, a possibilidade de que, no momento da integração social, estas crianças se revelem seres mais sociáveis, tornando-se mais permeáveis ao contacto inter-pares.

De relevar que se corrobora o facto de quase metade dos inquiridos não ter irmãos, o que pode ter sido um dos principais precipitantes que influenciam a representação pictórica da auto-imagem do rosto e do investimento do desenho por parte

deste perfil destas crianças. Na verdade, este resultado parece ir ao encontro da teoria apresentada por Bowlby (1982) e por Blake (1981), quando sugerem que, as crianças que se desenvolvem sem a presença de irmãos, experimentam a fase de crescimento de uma forma diferente das que as rodeiam, nomeadamente no que diz respeito à atenção obtida por parte dos progenitores, já que estes podem dedicar-se única e exclusivamente ao o seu filho único, podendo contribuir para o desenvolvimento de um grande sentido de autoconfiança, segurança e competência intelectual. Assim, é possível verificar na análise inferencial entre as variáveis *Existência de Irmãos* e *Investimento dos Desenhos* que, de acordo com os resultados obtidos, a primeira variável parece influenciar negativamente a segunda, sendo que, nos desenhos elaborados pelas crianças que possuíam irmãos, se denotou uma perda do investimento quando comparados com os das crianças que assumiam a condição de serem filhos únicos.

No que diz respeito à frequência do Jardim de Infância, poucas foram as crianças inquiridas que não usufruíram desta experiência. Como referido no modelo teórico, a frequência destas instituições revela-se como uma componente fulcral no desenvolvimento da criança e engloba, ainda, a introdução de atividades relacionadas com o jogo, com o brincar e com o lúdico. Dentro das atividades desempenhadas neste espaço lúdico, dedicado à inserção da criança no mundo social, encontra-se a técnica do desenho, muito utilizada como forma de expressão das emoções nos primeiros anos de vida do *Ser Humano* (Dias *et al.*, 2006). Assim, ao comparar as variáveis *Frequência do Jardim de Infância* e *Investimento do Desenho*, os dados sugerem, também, que estas variáveis se relacionam positivamente, visto que o investimento dos desenhos foi superior ao das crianças que frequentavam o Jardim de Infância desde uma idade precoce. Este facto parece corroborar a literatura consultada na medida em que, a frequência do Jardim de Infância, se revela como sendo uma mais-valia no que diz respeito ao desenvolvimento das capacidades de expressão e de socialização da criança preparando-a para um futuro mais promissor, já que oferece um impulso para a sua maturidade aquando da sua integração no meio sociocultural envolvente (Razza, Martin & Brooks-Gunn, 2015).

Atualmente, a primeira consulta de Medicina Dentária revela-se como um fator determinante para a aquisição de hábitos de Saúde Oral, pois deverão ser implementados na vida da criança desde muito cedo, visto que, segundo Bhaskar, McGraw e Divaris (2014) subsiste um decréscimo da prevalência de doenças do foro oral quando se verifica a visita precoce da criança ao Médico Dentista, assim como, uma consciencialização e conhecimento acerca das suas problemáticas por parte dos pais e da criança. Como refere

Dias *et al.* (2006), a visita regular à consulta do Médico Dentista permite desenvolver uma atitude saudável perante este profissional de saúde, contribuindo, também, para o decréscimo da ansiedade no *setting* de consulta.

Contudo, quando comparamos a categoria *Idade à época da Primeira Consulta de Medicina Dentária* e a subcategoria *Representação Minuciosa dos Dentes*, os resultados do cruzamento destas duas categorias, sugerem que o grupo de crianças que se apresentam na primeira consulta num momento mais tardio, esboçam uma representação mais detalhada dos dentes, enquanto as crianças que comparecem à consulta de Medicina Dentária em idades precoces, quase não representam pictoricamente a categoria *Dentes* de forma tão evidente, ainda que nos desenhos elaborados estes se encontrem presentes. Uma possível interpretação destes resultados, pode estar relacionada com o facto de existir uma maior vivência/experiência cognitivo-emocional das crianças entre os 8 e os 10 anos de idade no momento da consulta. Esta ideia pode ser suportada pelos estudos de Abell, Wood e Liebman (2001), quando afirmam que crianças com idades compreendidas entre os 7 e os 11 anos adquirem uma maturidade semelhante à de um adulto aquando da representação pictórica do seu rosto. Ainda, de um modo geral, os desenhos das crianças mostram-se mais detalhados e realistas à medida que estas vão crescendo, atingindo o seu auge de *minuciosidade* quando chegam aos 10 anos de idade (Imuta, Scarf, Pharo & Hayne, 2013). Contudo, há que salientar que este fator intrínseco pode variar de criança para criança, na medida em que, cada criança tem o seu desenvolvimento peculiar em circunstâncias que são inerentes ao seu contexto desenvolvimentista.

Apesar da ausência da pormenorização/minúcia das peças dentárias desenhadas por parte das crianças que visitam o Médico Dentista, pela primeira vez, em idades precoces, o mesmo não se poderá afirmar no que diz respeito à subcategoria *Representação do Sorriso (ângulo do sorriso)*. Aquando da análise inferencial destas duas categorias, podemos observar que a maioria das crianças que representa o *sorriso* no seu desenho, inclui-se no grupo de sujeitos que teve a sua primeira vivência no Médico Dentista entre os 4 e os 7 anos de idade. Curiosamente, não foi encontrada literatura científica de suporte empírico a estas constatações, o que poderá revelar-se como um contributo válido do presente estudo exploratório.

Passando à comparação entre os desenhos, nos momentos antes (M1) e após (M2), sobre a perda de dentição decídua, constatamos que se evidenciam ténues diferenças na maioria das categorias em ambos os momentos. Porém, algumas diferenças foram mais

significativas e passíveis de serem interpretadas, aquando da análise de conteúdo dos resultados (Neves, Dias, Ventura & Santos, 2017)

No que diz respeito à categoria *Investimento do Desenho*, no momento antes (M1), os desenhos apresentam-se bastante mais *investidos*, ou seja, os desenhos são mais elaborados, apresentando, também, mais pormenores, como é possível observar na comparação das figuras 5 e 6. Todavia, no segundo momento (M2), a análise de conteúdo denuncia, na generalidade, desenhos menos investidos. Tal facto poderá estar relacionado com a dificuldade manifesta das crianças mais jovens (até aos 8 anos de idade) em representar sentimentos ou emoções diretamente relacionadas com a *perda* (Dawel, Palermo, O’Kearney & McKone, 2015).



Figura 5 – Representação pictórica do momento *antes* (M1) da perda dos dentes decíduos.



Figura 6 – Representação pictórica do momento *antes* (M1) da perda dos dentes decíduos.

Comparando estes dados, com os dados obtidos através da análise de conteúdos das respostas à pergunta “*Como te sentiste nesse momento?*”, constatou-se que o mesmo número de crianças mencionou sentir-se feliz e/ou triste após a perda dos dentes decíduos, destacando-se, deste modo, o carácter de ambiguidade no que concerne aos sentimentos vivenciados pelas crianças que faziam parte da amostra. Uma possível explicação para o predomínio desta ambivalência de resultados pode estar relacionada com a vivência de mecanismos de defesa associados à *negação* v.s. *perda* por parte das crianças, que evitam aceitar a realidade tentando *esconder* o que sentem, *negando*, assim, o desconforto sentido perante o acontecimento normativo da *transição de dentição* (Parrott, 1993). Atendendo à fase de desenvolvimento em que se inserem as crianças que constituem a amostra, existem ainda, algumas limitações ao nível das competências de raciocínio das crianças

nesta franja etária (Graziano, Reavis, Keane & Calkins, 2007). Estes resultados sugerem, ainda, que algumas crianças referiram sentirem-se felizes com a perda dos dentes decíduos quando este *life event* se situa num passado longínquo, o que parece apontar para o facto da variável temporalidade emergir conotada inconscientemente com a perda, ou seja, as crianças parecem estar conscientes de que será necessário algum tempo vivido, para esquecer um evento vivenciado como potencialmente *perturbador*. O mesmo se verifica no que diz respeito à subcategoria *Tamanho da Cabeça*, em relação ao qual, a maioria das crianças representa a cabeça desenhada com um tamanho *ligeiramente menor* no momento após a perda (M2) da dentição decídua, como se pode observar nas Figuras 7 e 8. Assim, sublinhamos a importância do *processo de luto* como um meio de elaboração de estratégias que permitem enfrentar de uma forma menos *penosa* os acontecimentos de vida passíveis de desencadear emoções menos positivas, como é o caso da perda de dentes decíduos (Hammer, 1981).



Figura 7 – Representação pictórica do momento antes (M1) da perda dos dentes decíduos.



Figura 8 – Representação pictórica do momento depois (M2) da perda dos dentes decíduos.

Outra das subcategorias em que foi passível de identificar algumas diferenças notórias foi na categoria *Abertura da Boca*, na qual se verificou, na maioria dos protocolos desenhados, que as crianças representavam, pictoricamente, a boca fechada no momento após a perda dos dentes decíduos (M2), quando no desenho referente ao momento antes da perda dos dentes decíduos (M1) a desenhavam aberta, como é possível observar nas Figuras 7 e 8. Uma vez que uma *boca sem dentes*, pode ser estética e socialmente vista pelo *Outro* como desagradável, o facto de o sujeito representar uma boca fechada após a perda dos dentes decíduos (M2) pode, de alguma forma, sugerir que as crianças tentam *esconder* um aspeto físico do seu rosto que poderá denegrir a sua auto-imagem. Este facto, parece ser corroborado pela literatura científica, na medida em que,

recorrendo ao conceito de distúrbio dismórfico do corpo, é possível inferir que as crianças, perante a existência de algum tipo de *deformidade* física – como é o caso da perda dos dentes decíduos –, adquirem uma preocupação excessiva em relação a essa *anomalia* presente no seu corpo, adotando comportamentos repetitivos, morosos e compulsivos de tapar a boca com a mão, de modo a esconder e/ou a corrigir o defeito percebido (Bolton, Lobben & Stern, 2010; Philips, 2002).



Figura 9 – Representação pictórica do momento antes (M1) da perda dos dentes decíduos.

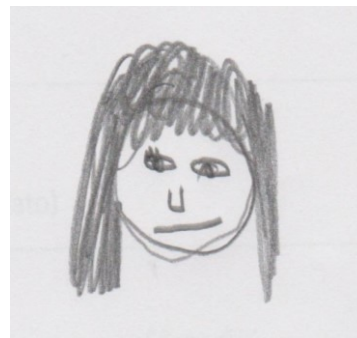


Figura 10 – Representação pictórica do momento depois (M2) da perda dos dentes decíduos.

Relativamente à análise de conteúdo das questões de resposta aberta, a maioria das crianças inquiridas referiu ter oferecido o primeiro dente que caiu à sua mãe, o que pode reforçar a ideia da importância da figura materna no decurso do trajeto vivencial. Houve, também, um conjunto de crianças que referiu ter guardado o dente decíduo debaixo da almofada e ter dormido com ele. Atendendo a que o dente é vivenciado pela criança como uma parte de *Si Próprio*, é natural que a criança tenha dificuldade em separar-se desse fragmento/dente que outrora se encontrava ligado ao seu corpo. Por outro lado, o ato de dormir com o dente pode estar relacionado com a interiorização da história da *Fada Dentinho*, em que as crianças eram recompensadas, de alguma forma, pelo acontecimento marcante que parece estar conotado com a *perda* da primeira dentição (Dias, Amorim, Esteves, Reis & Duque, 2006).

Podemos, então, inferir que a maioria das crianças tenha referido sentir-se *a crescer* aquando do momento da perda do primeiro dente decíduo. A recompensa pode, de alguma forma, desencadear sentimentos que funcionam como *amortecedores* do choque da perda. Assim, podemos evitar que a criança experiencie a *perda* de uma forma negativa no percurso do seu desenvolvimento, contornado o impacto negativo que este

life event poderá vir a desencadear na formação da sua auto-estima (Barbieri, Frota & Aguiar, 2010). Os resultados sugerem, assim, a existência de um processo de luto ajustado aquando da perda de cada uma das peças dentárias decíduas. O *luto* constitui-se como um processo esperado e necessário, para que quem o experiencia se possa ajustar às consequências e condições advindas da perda, sejam estas condições de natureza física, psicológica e/ou social. Isto permite aos indivíduos conferir novos significados aos acontecimentos, de forma a ultrapassarem o sentimento de luto associado à perda vivenciada. (Cariota, 2006).

IV. MODELO INTERPRETATIVO DA PESQUISA

1. CONCLUSÃO

Após a introdução do objeto de estudo temático da presente Tese de Dissertação de Mestrado com recurso ao respetivo Modelo Teórico basilar e da exposição do Modelo Analítico, e sendo em que ambos se interrelacionam transversalmente com a estratégia metodológica aplicada, ultimamos com o modelo Interpretativo da pesquisa, podendo inferir, agora, quais as principais premissas que edificam a conclusão deste estudo.

A presente investigação teve como finalidade a procura de respostas à questão orientadora central, que consiste em analisar a auto-perceção que a criança tem acerca da perda de uma parte do corpo, tal como acontece com as peças dentárias, sendo que estas se inserem na cavidade oral e adquirem uma grande visibilidade através do sorriso. Para complementar a questão orientadora central, quisemos também obter informações acerca das repercussões da transição entre as duas dentições na auto-imagem do rosto da criança.

A amostra foi constituída por alunos que frequentam o AVES e por pacientes que compareceram à consulta de Odontopediatria da CDUEM. Para recolher a informação necessária ao estudo, recorreu-se a um instrumento originalmente concebido, suportado na Técnica Projectiva com recurso ao Desenho, o qual se revelou deveras fidedigno ao nível da extensão da colheita do desenho das representações pictóricas do rosto das crianças. que dizem respeito à auto-imagem e auto-conceito que estas têm de si mesmas. Para interpretar a informação obtida pelos Protocolos de Investigação, foram, também, originalmente concebidas duas Grelhas de Análise de Conteúdo (análise qualitativa), suportadas em diversas categorias e subcategorias analíticas, permitindo uma análise quantitativa dos resultados.

De acordo com os resultados demográficos, podemos constatar que a maioria das crianças inquiridas frequenta o jardim-de-infância, o que corrobora a ideia de que o sujeito que tem um contacto precoce com o meio escolar, desenvolve um maior treino cognitivo-emocional no que respeita às tarefas referentes ao desenho e aos aspetos lúdicos. Tais factos sugerem que essa inserção precoce no meio socio-escolar envolvente possa ter contribuído para um maior número de representações pictóricas investidas. No que diz respeito à pormenorização dos perceptos desenhados dentro da subcategoria

Pormenorização dos Dentes, foram poucas as crianças que representaram os pormenores dos dentes com minúcia. No entanto, as crianças que o fazem, têm idades superiores a 8 anos, já que é nesta idade que a criança revela uma maior maturidade e, consequentemente, um maior investimento e precisão na produção do desenho.

Após a análise de conteúdo dos dados obtidos, os resultados mais emergentes, revelam a existência de diferenças significativas no que diz respeito às categorias analíticas - Tamanho do Rosto e Boca. Para a categoria Boca, os resultados revelam a existência de diferenças nas subcategorias Abertura da Boca e Sorriso. Assim, os dados sugerem que, no momento antes da perda da dentição decídua (M1), a criança desenha o rosto num tamanho considerado médio, a boca aberta e o sorriso alegre. Após a perda dos dentes decíduos (M2), a criança desenha o rosto num tamanho considerado pequeno, a boca fechada e o sorriso triste ou ausente. Estes dados corroboram a pertinência da questão orientadora central, na medida em que, as diferenças encontradas entre a representação pictórica antes (M1) e após (M2) a perda da dentição decídua, têm repercussões ao nível do desenvolvimento da auto-percepção da criança acerca da sua própria imagem.

Relevamos, ainda, que os resultados obtidos neste projeto empírico permitem inferir que, o investimento no domínio do conhecimento científico acerca da problemática das repercussões na auto-percepção das crianças associada à perda dos dentes decíduos, se constitui como uma problemática crucial no âmbito pode ser um meio que auxilia o comportamento da criança do *setting* de consulta em Odontopediatria, nomeadamente no contexto da comunicação relacional entre o Médico Dentista e a criança que se estabelece nestas faixas etárias. Consequentemente, este facto permite ao profissional de saúde implementar na sua prática os cuidados necessários de modo a poder lidar de melhor forma com a problemática da perda da dentição decídua quando confrontados com pacientes das faixas etárias estudadas, instituindo e aprimorando a relação de confiança Criança-Médico Dentista.

Outro aspeto não menos importante, está relacionado com a pertinência do carácter precoce da primeira consulta da criança em Medicina Dentária, sendo que este facto denuncia ter existido uma associação notória entre a o facto efetivação da consulta ser realizada o mais precocemente possível, ao nível do estágio de desenvolvimento da criança, e a conotação da categoria do sorriso para a criança, nos perceptos desenhados

pelos sujeitos. Na verdade, a categoria sorriso apresenta-se, neste projecto de investigação, como um denominador comum, podendo vir a ser enfatizada na importância vivencial da criança como um conteúdo programático como uma temática de alto-relevância ao nível da formação académica dos Médicos Dentistas, onde a representação mental do sorriso na trajetória de vida das crianças deve ser enfatizada, e tornar-se um contributo válido para a melhoria da saúde oral da população infantil.

No que concerne às limitações do presente estudo exploratório, destacamos, em primeiro lugar, o número de sujeitos que constituiu a amostra (115 sujeitos), que, de algum modo, pode comprometer a validade estatística dos resultados obtidos, pois a obtenção de uma amostra mais extensa poderia permitir, eventualmente, uma ampliação dos resultados auferidos. Em segundo lugar, sendo este um estudo exploratório de natureza transversal, não permite voltar a estabelecer um contacto com as crianças inquiridas, e, como tal, não se torna passível de antecipar a existência de qualquer impacto num estágio de desenvolvimento futuro no que diz respeito à auto-percepção do corpo vivenciada pelos indivíduos que fizeram parte da amostra.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abell, S. C., Wood, W., & Liebman, S. J. (2001). Children's human figure drawings as measures of intelligence: the comparative validity of three scoring systems. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 19(3), 204-215. <https://doi.org/10.1177/073428290101900301>
- Adams Jr., R., Rule, N., Franklin Jr., R., Wang, E., Stevenson, M., Yoshikawa, S., Nomura, M., Sato, W., Kveraga, K., & Ambady, N. (2010). Cross-cultural Reading the Mind in the Eyes: An fMRI Investigation. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 22(1), 97-108. <http://doi.org/10.1162/jocn.2009.21187>
- Ainley, V., Tajadura-Jiménez, A., Fotopoulou, A., & Tsakiris, M. (2012). Looking into myself: Changes in interoceptive sensitivity during mirror self-observation. *Psychophysiol.*, 49(11), 1672–1676. <http://doi:10.1111/j.1469-8986.2012.01468.x>
- Almeida, G. A., Loureiro, S. R., & Santos, J. E. (2002). A imagem corporal de mulheres morbidamente obesas avaliada através do desenho da figura humana. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 283-292.
- Andrade, S. A., Santos, D. N., Bastos, A. C., Regina, M., Pedromônico, M., De Almeida-Filho, N., & Barreto, M. L. (2005). Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica Family environment and child's cognitive development: an epidemiological approach. *Rev Saúde Pública*, 39(4), 606–11. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000400014>
- Barbieri, C. M., Frota, F. D., & Aguiar, S. M. (2010). A cárie dentária e a imagem do dentista sob a ótica infantil. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 31(1), 16-21.
- Barros, D. D. (2005). *Imagem corporal: a descoberta de si mesmo*. Manguinhos: História, Ciências, Saúde.
- Bastos, J. L., Peres, M. A., Peres, K. G., & Barros, A. J. (2007). Infant grown, development and tooth emergence patterns: a longitudinal study from birth to 6 years of age. *Arch Oral Biol.*, 52(6), 598-606. <https://doi.org/10.1016/j.archoralbio.2006.12.001>
- Bédard, N. (2005). *Como interpretar os desenhos das crianças* (2ª ed.). Mem Martins: Edições CETOP.

- Bernabé, E., Sheiham, A., Tsakos, G., & Messias de Oliveira, C. (2008). The impact of orthodontic treatment on the quality of life in adolescents: a case-control study, *European Journal of Orthodontics*, 30(5), 515–520. <https://doi.org/10.1093/ejo/cjn026>
- Bernstein M. J., Young S. G., Brown C. M., Sacco D. F., & Claypool H. M. (2008). Adaptive responses to social exclusion: social rejection improves detection of real and fake smiles. *Psychol. Sci.* 19(10), 981–983. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02187.x>
- Bhaskar, V., McGraw, K. A., & Divaris, K. (2014). The importance of preventive dental visits from a young age: systematic review and current perspectives. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 6, 21-27. <http://doi.org/10.2147/CCID.S41499>
- Blake, J. (1981). Family size and the quality of children. *Demography* 18(4), 421. <http://doi.org/10.2307/2060941>
- Bolton, M. A., Lobben, I., & Stern, T. A. (2010). The Impact of Body Image on Patient Care. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 12(2), PCC.10r00947. <http://doi.org/10.4088/PCC.10r00947blu>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss*. New-York: Basic Books.
- Branco, A. U. (2005). Peer interactions, language development and metacommunication. *Culture & Psychology*, 11(4), 415-430. <https://doi.org/10.1177/1354067X05058580>
- Brazelton, T. B. (1998). *O Grande Livro da Criança*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brewer, M., & Gardener, W. (1996). Who Is This "We"? Levels of Collective Identity and Self Representations. *Journal of Pers. and Social Psychology*, 71(1), 83-93.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychol. Rev.*, 101(4), 568-86. <http://doi.org/10.1037/0033-295X.101.4.568>
- Cadena, S. M., & Guerra, C. M. (2006). Aparência facial e a imagem ideal. *Revista Dental Press Estétic*, 3(1), 27-38.
- Cariota, T. C. (2006). O desenho da figura humana de crianças com bruxismo. *Boletim de Psicologia*, 124(56), 37-52.

- Case, R. (1985). *Intellectual Development: Birth to Adulthood*. *British Journal of Educational Psychology*, 56(2), 220–222. <http://doi.org/10.1111/j.2044-8279.1986.tb02666.x>
- Çivitci, N., & Çivitci, A. (2009). Self-esteem as mediator and moderator of the relationship between loneliness and life satisfaction in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 47, 954-958.
- Dawel, A., O’Kearney, R., McKone, E., & Palermo, R. (2012). Not just fear and sadness: Meta-analytic evidence of pervasive emotion recognition deficits for facial and vocal expressions in psychopathy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(10), 2288-2304. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.08.006>.
- Demarest, J., & Langer, E. (1996). Perception of Body Shape by Underweight, Average, and Overweight Men and Women. *Perceptual and Motor Skills*, 83(2), 569 – 570. <https://doi.org/10.2466/pms.1996.83.2.569>
- Dias, M.R. (1993). Médico-doente: A pedagogia da relação. In L. S. Almeida & I. S. Ribeiro (Eds.) *A Organização dos Serviços de Psicologia em Portugal*, (pp. 52-60). Açores: APPORT.
- Dias, M. R., Duque, A. F., Neves, A. C., Soares, F. A., Cardoso, J. I., & Carrão, L. M. (2006). Mente sã em corpo sã. In I. Leal, J. L. Ribeiro & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.325-331). Lisboa: ISPA.
- Dias, M. R., Amorim, A., Esteves, A., Reis, M. F., & Duque, A. F. (2006). Tooh Fairy Myth: Child oral health education. *EACH 2006 – International Conference in Healthcare Abstracts*, P 12.02.
- Dion, K. K. (1973). Young children’s stereotyping of facial attractiveness. *Developmental Psychology*, 9(2), 183-188.
- Ekman, P. (1999). Facial expressions. In T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 301-320). New York: John Wiley & Sons LTD.
- Ekman, P. (2007). *Emotions Revealed, Recognizing Faces an Feelings to Improve Communication and Emotional Life*. New York: St. Martins Griffin
- Enricone, D., Stobaus, C. D., Faria, E. T., Mosquera, J. J., Portal, L. L., Abrahão, M. H., Morosini, M. C., & Grillo, M. C. (2008). *A Docência na Educação Superior – Sete Olhares*, Porto Alegre: Edipucrs editora.

- Fasel, B., & Luetin, J. (2003). Automatic facial expression analysis: a survey. *Pattern Recognition*, 36(1), 259-275. [http://doi.org/10.1016/S0031-3203\(02\)00052-3](http://doi.org/10.1016/S0031-3203(02)00052-3)
- Fiske, J., Davis, D.M., Frances, C., & Gelbier, S. (1998). The emotional effects of tooth loss in edentulous people. *British Dental Journal*, 184(2), 90–3.
- Foster, H. (2005). Dental disease in children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 90(7), 703–708. <https://doi.org/10.1136/adc.2004.058065>
- Giannetti, L., Murri, A., Vecci, F., & Gatto, R. (2007). Dental avulsion: therapeutic protocols and oral health-related quality of life. *Eur. J. Paediatr. Dent.*, 8(2), 69-75.
- Giglio, E. M., Guedes-Pinto, A. C., Miranda, I. M. A. D., & Echeverria, S. (2010). Princípios da psicologia e sua relação com a odontopediatria. In A. C. Guedes-Pinto (Ed.), *Odontopediatria* (8a ed.) (pp. 145–147). São Paulo: Santos.
- Goffman, E. (1963) *Stigma*. London: Penguin.
- Graham, H., & Power C. (2004). *Childhood disadvantage and adult health: a life course framework*. London: Health Development Agency.
- Graziano, P. A., Reavis, R. D., Keane, S. P., & Calkins, S. D. (2007). The role of emotion regulation in children’s early academic success. *Journal of School Psychology*, 45(1), 3–19. <http://doi.org/10.1016/j.jsp.2006.09.002>
- Hammer, E. F. (1981). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. Rio de Janeiro: Interamericana.
- Harter, S. (1998). The development of self-representations. In W. Damon & N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (pp. 553-617). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Haxby, J., Hoffman, E., & Gobbini, M. (2000). The distributed human neural system for face perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(6), 223-233. [http://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01482-0](http://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01482-0).
- Hetherington, E. M., & Stanley-Hagan, M. (1999). The adjustment of children with divorced parents: a risk and resiliency perspective. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 40(1), 129-140. <http://doi.org/10.1111/1469-7610.00427>
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Hobkirk, J. A., & Zarb, G. A. (2012). The edentulous state. In G.A. Zarb, J. A. Hobkirk, S. E. Eckert & R. F. Jacob (Eds.), *Prosthodontic Treatment for Edentulous Patients*. St. Louis: Mosby.
- Hogg, M. A., Terry, D. J., & White, K. M. (1995). A tale of two theories: A critical comparison of identity theory with social identity theory. *Social Psychology Quarterly*, 58(4), 255-269. <http://doi.org/10.2307/2787127>
- Holan, G., & Ram, D. (1999). Sequelae and prognosis of intruded primary incisors. A retrospective study. *Pediatric Dent.*, 21(4), 242-247.
- Holan, G., & Needleman, H. L. (2014). Premature loss of primary anterior teeth due to trauma - potential short- and long-term sequelae. *Dental Traumatology*, 30(2), 100–106. <https://doi.org/10.1111/edt.12081>
- Imuta, K., Scarf, D., Pharo H., & Hayne, H. (2013). Drawing a Close to the Use of Human Figure Drawings as a Projective Measure of Intelligence. *PLoS ONE*, 8(3), e58991. <http://doi:10.1371/journal.pone.0058991>
- Johnston, R.A., & Barry, C. (2005). Age of acquisition effects in the semantic processing of pictures. *Memory & Cognition*, 33(5), 905-912. <https://doi.org/10.3758/BF03193084>
- Johnston, L., Miles, L., & Macrae, C. N. (2010). Why are you smiling at me? Social functions of enjoyment and non-enjoyment smiles. *British Journal of Social Psychology*, 49(1), 107–127. <http://doi.org/10.1348/014466609X412476>
- Keltner, D., & Ekman, P. (2000) Facial expression of emotion. In M. Lewis & J. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed.) (pp. 239-248). New York: Guilford Publications, Inc.
- Kishimoto, T. M. (2002). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira-Thomson Learning.
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Lda.
- Langlois, J. H., & Stephan, C. (1977). The effects of physical attractiveness and ethnicity on children's behavioral attributions and peer preferences. *Child Development*, 48, 1694-1698. <https://doi.org/10.1177/016502547900200401>
- Leonhard, M. L., & Barry, N. J. (1998). Body image and obesity: Effects of gender and weight on perceptual measures of body image. *Addictive Behaviors*, 23(1), 31-34.

- Lopes, L. B., Araújo, A. S., & Milagre, V. B. (2015). Quantification of color variation of restorative materials used on pediatric dentistry after pigmentation. *Revista Gaúcha de Odontologia*, 63(4), 383–388.
- Maltagliati, L. A., & Montes, L. A. (2007). Análise dos factores que motivam os doentes adultos a buscarem o tratamento ortodôntico. *Dental Press Othodontic Ortop Facial*, 12(6), 54-60.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3-34). New York: Harper Collins.
- M.S. (2015). Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, EPE. [Acedido em 28.08.2017] Disponível em <https://www.sns.gov.pt/home/carta-dos-direitos-e-deveres-dos-doentes/>
- Mondloch, C., Le Grand, R., & Maurer, D. (2002). Configural face processing develops more slowly than featural face processing. *Perception*. 31(5), 553-566. <https://doi.org/10.1068/p3339>
- Mosquera, J., & Stobäus, C. (2006). Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. *Psicologia, saúde & doenças*, 7(1), 83-88.
- Neves, A. C., Dias, M. R., Ventura, I., & Santos, S. (2017, Jun). A auto-perceção da criança sobre a perda dos dentes decíduos em Odontopediatria. Sessão de poster apresentado no *II Congresso Internacional do CIEM*, ISCSEM, Egas Moniz, Cooperativa de Ensino Superior, Monte de Caparica.
- Nowjack-Raymer, R.E., & Sheiham, A. (2007) Numbers of natural teeth, diet, and nutritional status in US adults, *Journal of Dental Research*, 86(12), 117-1175. <http://doi.org/10.1177/154405910708601206>
- Nyström, M., Peck, L., Kleemola-Kujala, E., Evälahti, M., & Kataja, M. (2000). Age estimation in small children: reference values based on counts of deciduous teeth in Finns. *Forensic Science International*, 110(3), 179-188.
- Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). Self, self-concept, and identity. *Handbook of Self and Identity*. In M. Leary & J. Tangney (Eds), *Handbook of self and Identity* (2nd Ed.) (pp. 69-104). New York: The Guilford Press. <http://dx.doi.org/10.1080/1047840X.2017.1337406>
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento Humano* (8^aed.),

- Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Parrott, W. G. (1993). Beyond hedonism: Motives for inhibiting good moods and for maintaining bad moods. *In* D. M. Wegner & J. W. Pennebaker (Ed.), *Handbook of mental control*. (pp. 278–308). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Patrianova, M. E., Kroll, C. D., & Bérzin, F. (2010). Sequência e cronologia de erupção dos dentes decíduos em crianças do município de Itajaí (SC). *Rev. Sul-Bras. Odontol.*, 7(4), 406-13.
- Paulus, F. W., Ohmann, S., & Popow, C. (2016). Practitioner Review: School-based interventions in child mental health. *J Child Psychol Psychiatr*, 57(12), 1337–1359. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12584>
- Phillips, K. A. (2002). Body image and body dysmorphic disorder. *In* C.G. Fairburn, & K. D. Brownell (Eds.), *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook* (pp. 113–117). New York: Guilford Press.
- Piaget, J. (1978) *O nascimento da inteligência da criança* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar.
- Plutchik, R. (2003). *Emotions and life: Perspectives from psychology, biology, and evolution*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, I. (2005). *Maloclusión en dentición temporal: estudio epidemiológico de dos poblaciones del mismo distrito sanitario*. Dissertação de Doutorado apresentado na Universidade de Granada.
- Razza, R. A., Martin, A., & Brooks-Gunn, J. (2015). Are approaches to learning in kindergarten associated with academic and social competence similarly? *Child Youth Care Form*, 44(6), 757-776. <http://doi.org/10.1007/s10566-015-9307-0>.
- Rhodes, G., & Jeffery, L. (2006) Adaptive norm-based coding of facial identity. *Vision Research*, 46(18), 2977-2987. <https://doi.org/10.1016/j.visres.2006.03.002>.
- Schilder, P. (1981). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Schnall, S., & Laird, J. D. (2003). Keep smiling: Enduring effects of facial expressions and postures on emotional experience. *Cognition and Emotion*, 17(5), 787-797. <http://doi.org/10.1080/02699930302286>

- Shah, R. J., Diwan, F. J., Diwan, M. J., Chauhan, V. J., Agrawal, H. S., & Patel, G. C. (2015). A study of the emotional effects of tooth loss in an edentulous Gujarati population and its association with depression. *The Journal of the Indian Prosthodontic Society*, *15*(3), 237–243. <http://doi.org/10.4103/0972-4052.161564>
- Shaw, W. C. (1981). The influence of children's dentofacial appearance on their social attractiveness as judge by peers and lay adults. *An. J Orthod.*, *79*, 399-415.
- Siti, F., Tan, B. S., & Mathew, T. (2015). Dental esthetic impact of malocclusion and orthodontic treatment need based on self-perception among university students. *International Journal of Dental Science and Research*, *2*(2–3), 2–7. <https://doi.org/10.1016/j.ijdsr.2015.04.005>
- Stets, J., & Burke, P. (2003). A sociological approach to self and identity. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of Self and Identity*, New York: Guilford Press.
- Stryker, S. (2007). Identity theory and personality theory: Mutual relevance. *Journal of Personality*, *75*(6), 1083-1102. <http://doi.org/10.1111/jopy.2007.75.issue-6>
- Takahashi, T., Hondo, M., Nishimura, K., Kitani, A., Yamano, T., Yanagita, H., Osada, H., Shinbo, M., & Honda, N. (2008). Evaluation of quality of life and psychological response in cancer patients treated with radiotherapy. *Radiat Med*, *26*(7), 396-401. <https://doi.org/10.1007/s11604-008-0248-5>
- Tin-Oo, M. M., Saddki, N., & Hassan, N. (2011). Factors influencing patient satisfaction with dental appearance and treatments they desire to improve aesthetics. *BMC Oral Health*, *11*, 6. <http://doi.org/10.1186/1472-6831-11-6>
- Tsakiris, M., Costantini, M., & Haggard, P. (2008). The role of the right temporo-parietal junction in maintaining a coherent sense of one's body. *Neuropsychologia*, *46*(12), 3014-3018. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2008.06.004>
- Valença, C. N., & Germano, R. M. (2009). Percepção da auto-imagem e satisfação corporal em adolescentes: perspectiva do cuidado integral na enfermagem. *Rev. Rene*. *10*(4), 173-180.
- Valentine, T. (1991). A unified account of the effects of distinctiveness, inversion, and race in face recognition. *Q J Exp Psychol A*, *43*(2), 161-204.
- Vargas, A. M. D., & Paixão, H. H. (2005). Efeitos emocionais da perda dos dentes em adultos. *Revista Faculdade Odontologia*, *46* (2), 9-14.

- Vroomen, J., & Gelder, B. (2000). Sound enhances visual perception: Cross-modal effects of auditory organization on vision. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 26(5), 1583-1590.
<http://doi.org/10.1037/0096-1523.26.5.1583>
- Wada, Y., & Yamamoto, T. (2001). Selective impairment of face recognition due to a hematoma restricted to the right fusiform and lateral occipital region, *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 71(2), 254-257.
<http://doi.org/10.1136/jnnp.71.2.254>.
- Wellman, H. (1990). The child's theory of mind. The MIT Press series in learning, development, and conceptual change, Cambridge, MA, US: MIT Press.
- Woo, D., Sheller, B., Williams, B., Mancl, L., & Grembowski, D. (2005). Dentists' and parents' perceptions of health, esthetics and treatment of maxillary primary incisors. *Pediatric Dentistry*; 27(1), 19-23.
- Young-Browne, G., Rosenfeld, H., & Horowitz, F. (1977). Infant Discrimination of Facial Expressions. *Child Development*, 48(2), 555-562.
<http://doi:10.2307/1128653>
- Zamberlan, M. A. T., & Biasoli-Alves, Z. M. M. (1996). *Interações familiares: teoria, pesquisa e subsídios à intervenção*. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina (UEL).
- Zill, N., Morrison, D. R., & Coiro, M. J. (1993). Long-term effects of parental divorce on parent-child relationships, adjustment, and achievement in young adulthood. *Journal of Family Psychology*, 7 (1), 91-103.

ANEXOS

Anexo I – Protocolo de Investigação



2016/2017

Protocolo de Investigação

Este protocolo encontra-se dividido em duas partes:


- Na primeira parte, gostaríamos que:
 - Desenhasses o teu Auto-Retrato **antes e depois** da perda dos teus dentes de leite (dentes decíduos);
 - Respondesses a um conjunto de questões por escrito;
 - Tempo de execução: aproximadamente 15 minutos;

- Na segunda parte, gostaríamos que respondesses a um questionário demográfico.

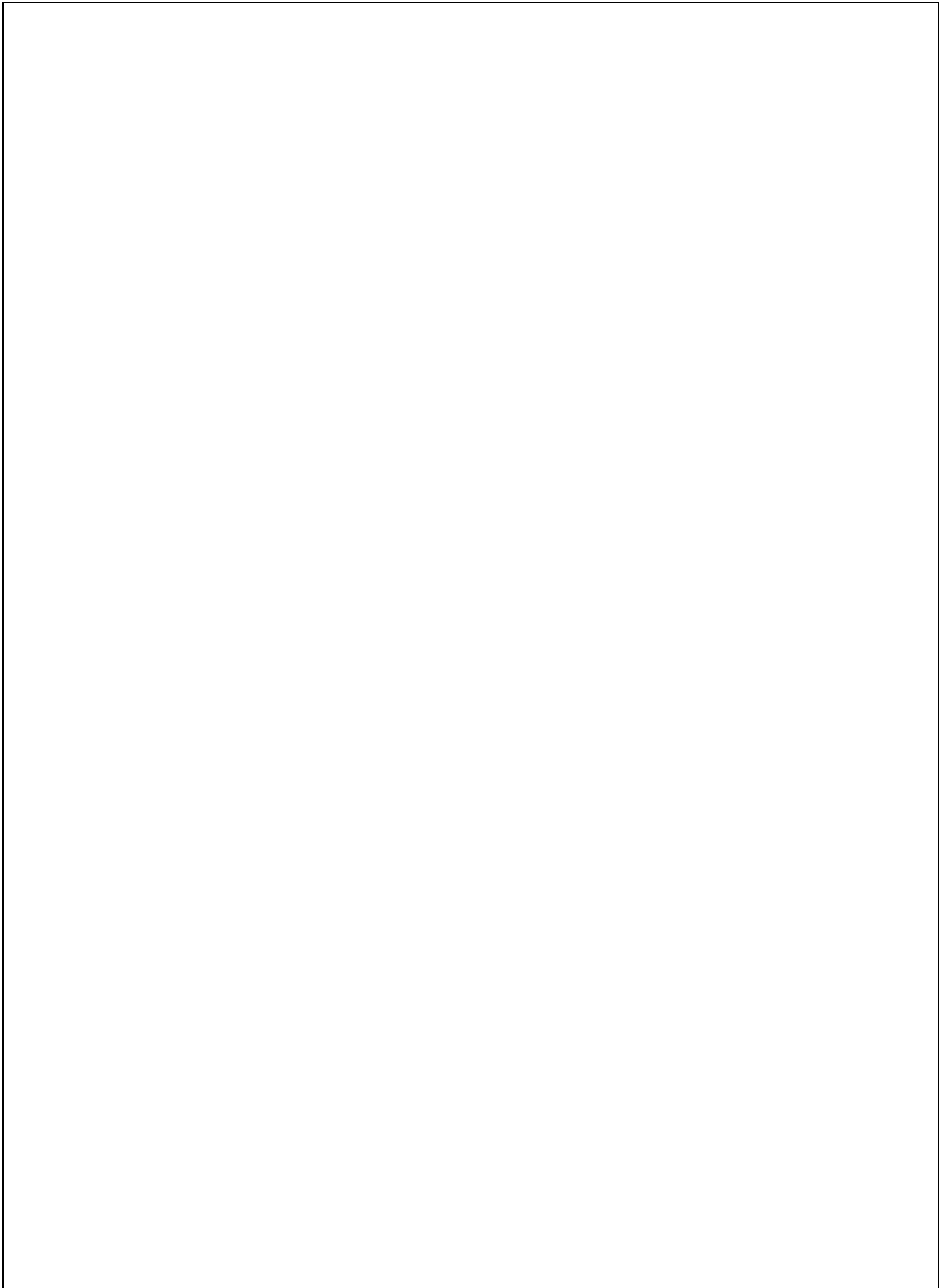
Muito obrigado pela tua colaboração!

Secção I

Desenho do auto-retrato **ANTES** da perda dos **dentes decíduos**

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a drawing. The box is oriented vertically and occupies most of the page below the text.

Desenho do auto-retrato **DEPOIS** da perda dos **dentes decíduos**



Gostaríamos que respondesses às seguintes questões:

1. Lembras-te com que idade te caiu o(s) teu(s) primeiro(s) dente(s)?

2. Quem estava presente quando isso aconteceu?

3. O que fizeste com o(s) dente(s)?

4. Como te sentiste nesse momento? (auto-relato)

Dados demográficos:

1. Idade

2. Género

Masculino Feminino

3. Número de irmãos

4. Frequentaste o Jardim-de-infância?

Sim Não

5. Vives com os teus dois pais na mesma casa?

Sim Não

6. Que idade tinhas na primeira vez que foste ao dentista?

Protocolo nº _____

Data: __/__/__

O Investigador

Anexo II – Grelha de Análise de Conteúdo dos Desenhos

Desenho da Figura	_ Investido _ Não investido		
	_ Pequena _ Normal _ Grande		
	_ Face _ Figura completa		
Setting	_ Sim _ Não		
	_ Ar livre _ Fechado		
	_ Adereços/Decoração		
Aparência	<u>Cabeça</u>	Tamanho	_ Grande _ Pequena _ Normal
		Forma	_ Oval _ Redonda _ Triangular _ Quadrada
		Contorno do Rosto	_ Distorcido _ Regular
	<u>Olhos</u>	Tamanho	_ Grandes _ Proporcionais _ Pequenos
		Posição	_ Próximos _ Afastados
		Simetria	_ Simétricos _ Assimétricos
	<u>Nariz</u>	Desenho	_ Desenhado _ Linha
		Tamanho	_ Grande _ Proporcional _ Pequeno
		Narinas	_ Presentes _ Ausentes
	<u>Boca</u>	Tamanho	_ Grande _ Proporcional _ Pequena
		Abertura	_ Aberta _ Fechada
		Sorriso	_ Alegre _ Triste _ Sem sorriso
		Lábios	_ Grossos _ Finos _ Ausentes
		Dentes	_ Ausentes _ Presentes

			<input type="checkbox"/> Com pormenor <input type="checkbox"/> Sem pormenor
	<u>Orelhas</u>	Presença	<input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Presentes
	<u>Cabelo</u>	Investimento	<input type="checkbox"/> Investido <input type="checkbox"/> Não investido
	<u>Pescoço</u>	Presença	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente
	<u>Acessórios</u>	Presença	<input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Presente

Anexo III – Grelha de Análise de Conteúdo das Questões de Resposta Aberta

	Pergunta 1	Pergunta 2	Pergunta 3	Pergunta 4
	Quando te caiu o primeiro dente?	Quem estava presente nesse momento?	O que fizeste com o dente?	Como te sentiste?
Protocolo				
1				
.				
.				
.				
.				
115				

Anexo IV – Consentimento Informado



Consentimento Informado

Código | IMP:EM.PE.17_02

Monte de Caparica, ____ de _____ de 2017

Exmo.(a) Sr.(a),

No âmbito do Mestrado Integrado em Medicina Dentária na Unidade Curricular de Orientação Tutorial de Projeto Final do Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Professora Doutora Maria do Rosário Dias, solicita-se autorização para a participação no trabalho de investigação acerca d“A auto-perceção da criança sobre a perda da dentição decídua” com o objetivo de perceber qual a imagem que as crianças têm do seu rosto no momento da transição da dentição.

A participação neste estudo é voluntária. A sua não participação não lhe trará qualquer prejuízo.

Este estudo pode trazer benefícios, tais como a informação ao Médico Dentista acerca dos resultados, de modo a que este possa lidar da melhor forma com as crianças no momento da consulta, ao progresso do conhecimento.

A informação recolhida destina-se unicamente a tratamento estatístico e/ou publicação e será tratada pelo(s) orientador(es) e/ou pelos seus mandatados. A sua recolha é anónima e confidencial.

(Riscar o que não interessa)

ACEITO/NÃO ACEITO participar neste estudo, confirmando que fui esclarecido sobre as condições do mesmo e que não tenho dúvidas.

(Assinatura do participante ou, no caso de menores, do pai/mãe ou tutor legal)

Anexo V – Parecer da Comissão de Ética do ISCSEM

Comissão de Ética



Proc. Interno nº 559

Ex.ma Senhora
Susana Biscaia dos Santos


Monte de Caparica, 15 de março de 2017.

Ex.ma Senhora,

Venho comunicar-lhe que o Pedido de Parecer que submeteu à apreciação da Comissão de Ética da Egas Moniz, com o tema denominado "A auto percepção da criança sobre a perda da dentição decidua em Odontopediatria", foi aprovado por unanimidade.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da Egas Moniz


Prof.ª Doutora Maria Fernanda de Mesquita



The child's self-perception about the loss of deciduous dentition in Pediatric Dentistry

Ana Cristina Neves¹, Maria do Rosário Dias¹, Irene Ventura¹, and Susana Santos¹

¹Egas Moniz Cooperativa de Ensino Superior, Monte de Caparica, Portugal
 mariadorosario.dias@gmail.com

Introduction: The loss of deciduous teeth can result in a post-traumatic phenomenon with regard to the identity and creation of the self-image of the child's face [1,2,3]. This event is experienced transversally in childhood and usually occurs in the age group between 5 and 12 years [4]. Drawing is one of the primary forms of expression used by the human being, that becomes evident before any other. This instrument may reveal itself an important indicator about the abstract thoughts of the child. (Mattos da Silva, 2010) Aesthetics in the psychosocial context has a direct relation with self-image and self-esteem, working on the emotional development of the child. The early loss of deciduous teeth, with subsequent aesthetic, can induce behavioral changes and consequences in social adjustment. All of these factors should be considered in treatment planning, in order to help the Dentist to play his role as Health Promoter and Educator [1].

Aims: The present study aims to understand how the child experiences the loss process and its implications on the self-perception inherent to the change of dentition.

Materials and Methods

In this exploratory study, we have designed a cross-sectional, descriptive study, which follows a methodological strategy of qualitative type, based on the analysis of the collected drawings and combined with quantitative parameters.

Participants: The sample for this study, recruited in school and clinical context, consists on a total of 80 children of both genders, aged between 5 and 12 years old, distributed in eight age-groups (5YG=6; 6YG=12; 7YG=18; 8YG=17; 9YG=15; 10YG=3; 11YG=4; 12YG=5). At the moment of the answering, twenty-eight of the children participating in this study (35%) had the experience of having been seen by a Dentist, while fifty-two children (65%) had never been to a Dentist appointment.

Instruments: (i) Originally conceived Pictorial Representation Protocol, which is divided into two distinct sections: (a) section A, in which the child is asked to draw, with a graphite pencil, their self-portrait twice - before and after the loss of deciduous teeth - in two A4 sheets; and (b) Section B, a set of open-ended questions; (ii) Sociodemographic Questionnaire, which also collects important data such as age, gender, number of siblings, frequency in pre-school and Kindergarten, and the age of the first visit to the dentist; (iii) Drawing Content Analysis Grid - the drawings were subjected to a content analysis using a grid of analytical categories specifically designed to this purpose.

This instrument-grid evolves three elementary categories: C1 - Self Portrait; C2 - Setting and C3 - Appearance (also divided in eight subcategories, such as SC1 - Head; SC2 - Eyes; SC3 - Nose; SC4 - Mouth; SC5 - Ears; SC6 - Hair; SC7 - Neck; SC8 - Accessories), which together encompass a total of 18 additional analytical subcategories.

Procedures: Data was collected in two different moments: (i) each child was asked to draw their face, as they seen it, before the loss of the deciduous teeth, in the first sheet, and to draw their face after the loss of the deciduous tooth; (ii) once both drawings were finished, the child was asked to answer four relevant questions in order to determine all the circumstances in which they were at the moment of the loss. Despite the fact, the current poster will only address to those who are interested in what concerns to the content analysis of the drawing. Quantitative data were analyzed using SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) version 24.0 for Windows.

Results and Discussion/ Conclusions: The results collected suggest the existence of differences between the self-perception of the face before and after the loss of deciduous teeth. The content analysis also reveals some notable differences in the pictorial investment between the two drawings elaborated by the child. Although the most important differences noticed were in the representation of the mouth, which revealed that children's perception about that part of their faces became different between the two stages. Besides that fact, none or few of the children represented their teeth with details nor a very meticulous representation of the mouth itself. Therefore, the results of this study allow us to verify differences in the self-perception of the face image before and after the loss of deciduous teeth, which lead us to pinpoint possible clues that incite us to understand how the loss is felt and overcome by the child, with the support of the Dentist, through his role as Health Promoter and Educator.

References:

- [1] Damasceno LM, Marassi CS, Ramos ME, Souza IP. Disturbance in the child behavior from the loss of anterior teeth: case report. *Revista Brasileira de Odontologia* 2002; 193-96.
- [2] De Leo H. *A interpretação do desenho infantil* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas; 1985.
- [3] Anzieu D. *Le Moi-Peau* (2ª ed.). Paris: Dunod; 1995.
- [4] Giglio EM, Guedes Pinto AC, Miranda JM, Echeverria S. Princípios da psicologia e sua relação com a odontopediatria. In: *Odontopediatria* 2010; 145-57.

Acknowledgements: The authors are grateful to Egas Moniz Dental Clinic Director for the support given in the field of gathering the protocols and Ana Ferreira and Adriana Camêlo for the translation of the paper. No funding to declare.

