

ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

***EFEITOS DO DIAZEPAM SOBRE
OS COMPORTAMENTOS NÃO – COLABORATIVOS DE CRIANÇAS
EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.***

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Odontologia - Área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica .

PIRACICABA

- 2003 -

Cirurgiã - Dentista

***EFEITOS DO DIAZEPAM SOBRE
OS COMPORTAMENTOS NÃO – COLABORATIVOS DE CRIANÇAS
EM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.***

Tese apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba, da Universidade Estadual de Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Odontologia - Área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica .

Orientador:

Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes

PIRACICABA

- 2003 -

ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

Ficha Catalográfica

P845a	Possobon, Rosana de Fátima. Efeitos do diazepam sobre os comportamentos não – colaborativos de crianças em atendimento odontológico. / Rosana de Fátima Possobon. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2003. cxcv, 195p. : il. Orientador : Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba. 1. Crianças. 2. Comportamento. 3. Farmacologia. 4. Estratégia. I. Moraes, Antonio Bento Alves de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.
-------	---

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Marilene Girello CRB / 8 – 6159, da Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba / UNICAMP.

Dedico este trabalho...

*À Deus,
por guiar-me
na busca do crescimento .*

À minha mãe Catarina,
porque sempre me ensinou que o
maior tesouro é o estudo...

...e ao meu pai *Octávio*,
porque nunca mediu esforços
para que eu pudesse estudar.

Este trabalho foi realizado graças...

*Ao Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes,
generoso orientador,
mestre no sentido mais amplo da palavra,*

*que acreditou que eu poderia
vencer mais este desafio.*

Agradeço, com muito carinho...

*Ao Paulo ,
que com sua infinita paciência e sua alegria,
soube me incentivar nos momentos mais difíceis.*

*Às minha irmãs
Rosemari, Roseli e Rosangela:
por assumirem muitas das minhas tarefas
para que eu dispusesse de tempo e tranqüilidade
para desenvolver este trabalho. .*

*Aos meus sobrinhos
Karina, Otávio Augusto, Luis Rodrigo,
Henrique, Maria Luiza e Pedro:
por tornarem meus dias muito mais felizes .*

Agradeço, de forma muito especial...

*À amigos mais do que especiais,
representados pela Adriana e pelo Fernando,
porque me ensinaram a ter fé e força.*

Ao Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Jr,

*pela indispensável colaboração
durante o desenvolvimento deste trabalho
e pela dedicação com que participa dos projetos do Cepae .*

*À Cátia, à Dolores e à Karina Lima,
que, mais do que dedicadas colegas de trabalho,
foram amigas e companheiras.*

*À Karina Carrascoza e à Laura Tomita,
colegas do Curso de Pós-Graduação,
pela cumplicidade e amizade.*

Agradeço:

À Universidade Estadual de Campinas, na pessoa do Senhor Reitor, Prof. Dr. Carlos Henrique de Brito Cruz.

À Faculdade de Odontologia de Piracicaba, na pessoa do senhor Diretor, Prof. Dr. Thales Rocha de Mattos Filho.

Ao Programa de Pós - Graduação em Odontologia, na pessoa da Coordenadora, Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Volpato.

Ao Departamento de Ciências Fisiológicas, na pessoa do Chefe de Departamento, Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen.

À todos os professores e funcionários da área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica.

Aos colegas do Curso de Pós - graduação em Odontologia,
área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica.

Ao Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para
Pacientes Especiais - Cepae - FOP - UNICAMP.

À Profª Drª Gláucia Maria Bovi Ambrosano, da Disciplina de Bioestatística do Departamento de Odontologia Social da FOP - UNICAMP, pelas orientações e pela amizade.

À dentistas do Cepae: Fernanda Raven, Milena Lisso, Luciana Mizukami, Cássia Wodevotzky, Karina Esper e Fabiana Volante, que atuaram como auxiliares durante os atendimentos dos participantes.

Ao Paulo Roberto Rizzo do Amaral, técnico em imagem e som da FOP - UNICAMP, pela inserção das marcas sonoras nas fitas de vídeo-tape e pela dedicação com que sempre participa dos trabalhos realizados no Cepae.

À Karina Alves de Lima e à Carolina Massini, psicólogas do Cepae, pelo cuidados na observação e registro dos dados.

Ao psicólogo Gustavo Sáttolo Rolim, pela preciosa participação na elaboração dos gráficos e no registro dos dados.

Ao Emílio Carlos Salles, do Centro de Processamento de dados da FOP - UNICAMP, pela orientação quanto á realização dos gráficos.

À Bibliotecária Marilene Girello, pela correção das Referências Bibliográficas e pela confecção da ficha catalográfica.

À Érica Alessandra Pinho, secretária da Coordenadoria de Pós - Graduação, pela sua atenção e amizade.

Às Professoras Doutoras Maria Cristina Volpato, Maria Cecília C. Ferreira e Maria Beatriz D. Gavião, pela participação na banca de qualificação.

Aos participantes deste estudo e seus familiares, pela seriedade com que participaram da realização deste trabalho.

À todos que, direta ou indiretamente, auxiliaram na execução deste trabalho.

SUMÁRIO

	Página
LISTAS (Figuras, Quadros e Legendas).....	001
RESUMO.....	007
ABSTRACT.....	009
1. INTRODUÇÃO.....	011
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	017
3. OBJETIVOS.....	051
4. METODOLOGIA.....	053
4.1. Participantes.....	053
4.1.a) Critérios de inclusão.....	054
4.1.b) Descrição dos participantes.....	055
4.2 Delineamento experimental.....	081
4.2.a) Local da Pesquisa.....	085
4.2.b) Procedimentos.....	086
4.2.c) Registro dos dados.....	091
4.2.d) Procedimentos Clínicos Observados.....	093
4.2.e) Comportamentos Registrados.....	095
4.2.f) Tratamento dos dados.....	098

5. RESULTADOS e DISCUSSÃO.....	101
5.1 Apresentação das sessões.....	103
5.2 Descrição dos padrões de comportamento.....	123
5.3 Comparação entre as sessões Diazepam e Placebo.....	136
5.4 Análises estatísticas.....	142
5.5 Relação entre comportamentos: dentista – participantes.....	146
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS e PROPOSTAS PARA NOVOS ESTUDOS.....	161
7. CONCLUSÕES.....	169
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	171
9. ANEXOS.....	183

LISTA DE FIGURAS

Figuras	Página
Figura 1: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 1 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico.	104
Figura 2: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 2 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico.	106
Figura 3: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 3 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico.	108
Figura 4: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 4 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico.	110
Figura 5: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 5 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico.	112
Figura 6: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 6 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico.	114
Figura 7: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 7 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico.	116
Figura 8: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 8 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico.	118
Figura 9: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 9 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico.	120
Figura 10: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 10 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico.	122

Figuras	Página
Figura 11: Frequências relativas médias das categorias de comportamento de P1 a P10, em cada sessão de atendimento.	123
Figura 12: Frequências relativas médias das categorias de comportamento da dentista, em cada sessão de atendimento.	132
Figura 13: Média das frequências relativas das categorias de comportamento de todos os Participantes nas sessões em que receberam Diazepam e nas sessões em que receberam Placebo.	136
Figura 14: Frequências relativas médias das categorias de comportamento Reação Física Intensa (linha cheia) e Contenção Física (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4ª a 6ª) de todos os participantes.	146
Figura 15: Frequências relativas médias das categorias de comportamento Reação Física Intensa (linha cheia) e Direciona Comportamento (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4ª a 6ª) de todos os participantes.	148
Figura 16: Frequências relativas médias das categorias de comportamento Reação Física Intensa (linha cheia) e Distrai, Tranqüiliza e/ou Elogia (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4ª a 6ª) de todos os participantes.	150
Figura 17: Frequências relativas médias das categorias de comportamento Reação Física e/ou Verbal Branda (linha cheia) e Contenção Física (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4ª a 6ª) de todos os participantes.	152
Figura 18: Frequências relativas médias das categorias de comportamento Reação Física e/ou Verbal Branda (linha cheia) e Direciona Comportamento (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4ª a 6ª) de todos os participantes.	153
Figura 19: Frequências relativas médias das categorias de comportamento Reação Física e/ou Verbal Branda (linha cheia) e Distrai, Tranqüiliza e/ou Elogia (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4ª a 6ª) de todos os participantes.	154

Figuras	Página
Figura 20: Frequências relativas médias das categorias de comportamento Reação Verbal Intensa (linha cheia) e Contenção Física (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4 ^a a 6 ^a) de todos os participantes.	156
Figura 21: Frequências relativas médias das categorias de comportamento Reação Verbal Intensa (linha cheia) e Direciona Comportamento (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4 ^a a 6 ^a) de todos os participantes.	158
Figura 22: Frequências relativas médias das categorias de comportamento Reação Verbal Intensa (linha cheia) e Distrai, Tranqüiliza e/ou Elogia (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4 ^a a 6 ^a) de todos os participantes.	159

LISTA DE QUADROS

Quadros	Página
Quadro I: Representação da planilha utilizada para identificação da sequência de administração das drogas A e B para cada participante, após o sorteio.	83
Quadro II: Duração média, em minutos, de cada procedimento odontológico nas sessões em que as crianças receberam Diazepam e nas sessões em que receberam Placebo.	141

Quadros	Página
Quadro 1: Síntese dos comportamentos apresentados por P1, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.	103
Quadro 2: Síntese dos comportamentos apresentados por P2, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.	105
Quadro 3: Síntese dos comportamentos apresentados por P3, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão	107
Quadro 4: Síntese dos comportamentos apresentados por P4, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.	109
Quadro 5: Síntese dos comportamentos apresentados por P5, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.	111
Quadro 6: Síntese dos comportamentos apresentados por P6, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.	113
Quadro 7: Síntese dos comportamentos apresentados por P7, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.	115
Quadro 8: Síntese dos comportamentos apresentados por P8, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.	117
Quadro 9: Síntese dos comportamentos apresentados por P9, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.	119
Quadro 10: Síntese dos comportamentos apresentados por P10, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.	121

Legenda 1: Procedimentos Clínicos

	Entrada: caminho entre sala de espera e consultório (criança, mãe e CD)
AL	Atividade lúdica: uso programado de brinquedos para ensinar comportamentos
CO	Cadeira Odontológica: ida da criança da mesa de AL para a cadeira odontológica
Pr	Preparo: Dentista paramenta-se enquanto criança acomoda-se na cadeira.
EC	Exame clínico: do momento em que CD solicita à criança deitar-se ou abrir a boca para realizar o exame clínico até o momento em que inicia a anestesia tópica.
EP	Evidenciação de Placa: aplicação de corante sobre os dentes da criança
HB	Higiene bucal: limpeza profissional, feita com Baixa-rotação
AnT	Anestesia tópica: período de tempo utilizado para aplicação da pomada anestésica.
AnI	Anestesia injetável: período de tempo utilizado para injeção da anestesia.
Pa	Pausa: período de descanso (permitiu-se senta na cadeira ou ir para o colo da mãe).
IA	Isolamento absoluto: período de tempo usado para instalação do lençol de borracha.
Pc	Preparo cavitário: remoção de cárie com cureta, alta ou baixa-rotação.
R	Restauração: período de tempo utilizado para o selamento da cavidade.
F	Final: remoção do Isolamento Absoluto e limpeza da boca.

Legenda 2: Categorias de Comportamento

Criança		Dentista	
RFI 	Reação Física Intensa: Criança não permite o início do atendimento, interrompe a ação da dentista, oferece resistência à contenção ou agride fisicamente mãe ou equipe.	CF 	Contenção Física: Mãe e/ou equipe odontológica contém os movimentos do corpo e/ou cabeça da criança.
RFVB 	Reação Física e/ou Verbal Branda: Criança faz questões sobre a situação odontológica, verbaliza medo, dor ou desconforto, solicita a interrupção da sessão, choraminga ou movimenta-se, sinalizando ansiedade.	DC 	Direciona Comportamento: Dentista explica o procedimento, orienta sobre como deve ser o comportamento da criança e tenta convencê-la a colaborar.
RVI 	Reação Verbal Intensa: Criança chora e emite sons de alta intensidade, agudos e não verbais, acompanhado ou não de lágrimas.	DTE 	Distrai, Tranqüiliza e/ou Elogia: Dentista faz agrados físicos, ensina exercícios de respiração, fala sobre assuntos não relacionados à situação odontológica, canta músicas e elogia a criança quando emite comportamentos adequados.

CD = Cirurgiã - Dentista

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar a eficácia do emprego do diazepam, na dose de 0,5 mg/Kg de peso, associado à estratégias psicológicas de manejo para o controle comportamental de crianças que apresentam comportamentos não-colaborativos, durante o atendimento odontológico. Foram selecionados 10 participantes (faixa etária: 42 a 48 meses), que receberam tratamento odontológico durante 4 sessões, nas quais empregou-se o placebo ou o diazepam, de maneira duplo-cega, além das estratégias psicológicas de manejo do comportamento, agrupadas em três categorias: *Direciona Comportamento; Distrai, Tranqüiliza e/ou Elogia e Contenção Física*. As sessões foram filmadas em vídeo-tape, com marcas sonoras a cada 15 segundos, indicativas dos momentos em que os comportamentos emitidos pelos participantes e as estratégias de manejo de comportamento utilizadas pela dentista foram registrados. Os comportamentos emitidos pelos participantes foram agrupados em: *Reação Física Intensa; Reação Física e/ou Verbal Branda e Reação Verbal Intensa*. Os resultados mostraram que o medicamento, na dose utilizada, promoveu alterações fisiológicas em 50% dos casos, porém não foi eficaz em produzir comportamentos de colaboração.

ABSTRACT

The present research investigated the use of diazepam in conjunction with behavioral strategies to manage child presenting uncooperative behavior during dental treatment. The participants, 10 children (ages between 42 and 48 months), received formal

dental treatment during 6 sessions each child. Using a double blind design children received in each session placebo or diazepam (0,5 mg/weight) and at the same time were submitted to behavior management procedures: *Guidance*, *Distraction*, *Relaxation and/or Reinforcement* and *Physical Restraint*. All sessions were recorded in video-tapes. The tapes were bipped in 15 seconds intervals, in which pre-trained observers recorded child's behavior classified as *Intense Physical Reaction*, *Mild Physical and/or Verbal Reaction* and *Intense Verbal Reaction*. Analysis of the results indicated that diazepam, considering the used dose, resulted in physiological alterations in half of the subjects as indicated by body relaxation or sleep, therefore it was not efficient to control children's uncooperative behavior.

1. INTRODUÇÃO

O controle da dor em odontologia constitui uma necessidade prioritária para o sucesso potencial do atendimento ao paciente. Grande parte dos tratamentos odontológicos requer o emprego da anestesia local que, quando aplicada cuidadosamente, não somente permite o conforto físico e o bloqueio da percepção de dor do paciente durante a realização

dos procedimentos, como também, e conseqüentemente, aumenta a confiança do paciente no trabalho do profissional (WONG & JACOBSEN, 1992). Por outro lado, experiências dolorosas e/ou desagradáveis na situação odontológica podem levar o paciente, a temer o tratamento e esquivar-se de futuras consultas (MILGROM *et al.*, 1985). Estudos apontam que tratamentos dolorosos são mais importantes na etiologia do medo em crianças do que em adultos (NAKAI *et al.*, 2000).

Um dos modos pelo qual a criança pode aprender a ter medo do tratamento odontológico inclui experiências vicariantes sob duas circunstâncias principais: a) por meio da mídia, que invariavelmente associa a figura do dentista a um torturador sádico; ou b) pelo relato verbal de amigos ou parentes acerca das “horríveis experiências na cadeira odontológica”. Nestas circunstâncias, em que a criança ainda não passou pela experiência de tratamento, o medo antecipatório pode ser aliviado pela experiência real, desde que seja reforçadora à criança (MELAMED & WILLIAMSON, 1994). Todavia, conforme descrito em MILGROM *et al.* (1995), cerca de 80% dos casos de medo de dentista são originados pela experiência direta da criança com a situação odontológica. Isto significa que o próprio profissional de odontologia pode estar contribuindo para a perpetuação do mito do dentista sádico, quando atua apenas como um técnico que conserta dentes.

Mais do que um técnico da cavidade bucal, o dentista é um profissional que lida com pessoas portadoras de problemas bucais, é um educador que ensina ao paciente maneiras de prevenir doenças. Para tanto, necessita dispor de habilidades de interação com o paciente, de forma a estabelecer uma boa incondicional positiva, que contribua para convencê-lo a incorporar rotinas preventivas que o mantenham com saúde (INGERSOLL, 1982). Precisa exercitar-se na prática clínica, a fim de proporcionar tratamentos eficazes e

indolores, que estimulem o indivíduo a manter o comportamento de procurar pelo profissional periodicamente, uma vez que visitas regulares são essenciais para a realização de práticas preventivas.

De forma contraditória, a anestesia odontológica, desenvolvida para permitir que o paciente possa submeter-se ao tratamento com um mínimo de percepção de dor e desconforto, parece ser justamente o procedimento clínico mais temido, segundo relato de COSTA & MORAES (1994). Assim, há que se investigar maneiras de minimizar o impacto emocional produzido pela injeção anestésica, principalmente em crianças, possibilitando que elas se tornem pacientes calmos e colaboradores e não desenvolvam medo de submeter-se ao tratamento odontológico.

O medo constitui uma expressão emocional, um componente da subjetividade humana, que tem função adaptativa, isto é, dentro de limites considerados aceitáveis, é necessário à sobrevivência (SILVARES & SOUZA, 1999). Observado durante o tratamento odontológico, o medo pode conduzir a diversas conseqüências adversas, como a manifestação de comportamentos que atrapalham ou impedem a atuação do profissional. Episódios de não-colaboração são freqüentes na clínica odontológica. Alguns estudos sugerem que cerca de 25% das crianças apresentam comportamentos inadequados na cadeira odontológica, que precisam ser manejados para garantir um mínimo de qualidade técnica ao tratamento (KUHN & ALLEN, 1994; AYER & CORAH, 1987). Tal experiência pode ser muito estressante tanto para o dentista quanto para a criança e resultar em esquivas do tratamento, acarretando, ainda, um impacto negativo sobre a saúde bucal do paciente (TEN BERGE *et al.*, 1999).

A visita ao dentista é aguardada, por muitas crianças, com ansiedade, provocada em especial pela expectativa antecipatória da dor. Ansiedade e medo são eventos interdependentes e, mesmo podendo ser conceitualmente diferenciados, enquanto vivência psicológica, aparecem de forma bastante associada: medo e ansiedade se potencializam (KLATCHOIAN, 2002). Medo e dor também fazem parte de um mesmo processo: a criança com medo tem mais chance de sentir dor durante o tratamento e, sentindo dor, pode aumentar sua expressão comportamental de temor (DWORKIN, 1985).

Assim, é importante que o dentista possa reconhecer as diversas modalidades de manifestação de dor e medo/ansiedade de seus pacientes, com o intuito de interferir favoravelmente sobre este ciclo vicioso. Um dos requisitos indispensáveis a tal objetivo é o estabelecimento de uma boa relação profissional-paciente. O'SHEA *et al.* (1986) avaliaram o que sessenta pacientes adultos, após o término do tratamento odontológico, diriam ou fariam se fossem os dentistas. Dentre as respostas mais frequentes estavam: “dar explicações durante os procedimentos”, “instruir o paciente a ficar calmo” e “ficar atento à dor”. Tais resultados evidenciam a necessidade do profissional preocupar-se com o bem estar geral do paciente e não somente com os aspectos técnicos do tratamento.

É interessante observar que, quando um paciente procura um dentista, recomendado por outro paciente, as informações sobre o profissional que incentivam o novo paciente a procurá-lo, baseiam-se principalmente na relação profissional-paciente e não somente na competência técnica. Ou seja, o paciente relata de que forma recebeu o tratamento, se o profissional preocupou-se ou não com o seu bem estar, se foi amigável ou distante, destacando questões afetivas mais do que questões técnicas. CORAH (1988), em estudo sobre a relação profissional-paciente, investigaram os comportamentos dos dentistas que auxiliavam na redução da ansiedade, na percepção de 250 pacientes adultos. Os dois

comportamentos apontados com maior frequência foram “dedicação explícita do dentista para prevenir a dor” e “mostrar amizade ou amabilidade”, confirmando a importância da atuação do dentista além do âmbito restrito da técnica.

Minimizar a dor e oferecer amparo afetivo não é bom somente para o paciente, que está momentaneamente vulnerável e dependente, e se sentirá mais seguro e confortável, mas também para o profissional, que pode contar com um paciente mais relaxado e potencialmente mais colaborador. Isto é especialmente importante quando o paciente é uma criança (COSTA JR. & COUTINHO, 2000).

Estudos em análise do comportamento têm investigado estratégias de manejo de ansiedade e, por conseguinte, de comportamentos de não-colaboração (MELAMED *et al.*, 1975; MILGROM *et al.*, 1985; AITKEN *et al.*, 2002). Outros autores, investigaram estratégias farmacológicas, empregando sedação consciente por inalação e por vias intravenosa e oral (HEALY & HAMILTON, 1971; RAM *et al.*, 1999; BERGE, 1999). Há trabalhos que sugerem que a interação de estratégias farmacológicas e psicológicas apresenta resultados mais satisfatórios sobre o comportamento do paciente do que quando as estratégias são empregadas separadamente (DWORKIN, 1985; WEINSTEIN, 1986; POSSOBON, 2001). Nenhuma técnica, porém, parece ter se mostrado 100% eficaz na redução da ansiedade do paciente e no controle dos comportamentos de não-colaboração.

Para o cirurgião-dentista, tão importante quanto manejar os comportamentos da criança não-colaboradora, é aprender a lidar com os seus próprios sentimentos. O profissional sente-se frustrado por não conseguir realizar as práticas clínicas programadas e tal sentimento pode gerar reações diversas como raiva da criança, sensação de impotência para lidar com outros aspectos da situação e insegurança quanto a sua capacidade

profissional (POSSOBON, 2001). A dificuldade do manejo de comportamentos tem levado muitos dentistas a recusar atender crianças em seus consultórios (INGERSOLL, *et al.*, 1984).

ALLEN *et al.* (1990) relatam que os comportamentos do dentista são considerados importantes somente na medida em que podem ser treinados para fazer o manejo dos comportamentos do paciente. Elementos da experiência prévia e da personalidade e expectativas sociais do dentista não estão sendo incluídos entre as variáveis que influenciam o relacionamento profissional-paciente. Entretanto, a maneira como o dentista percebe o paciente e o enquadra em seu próprio mundo psicológico, determina formas particulares de atuação. A relação profissional-paciente deve ser considerada como instrumento de mudança para o comportamento de ambos, uma vez que o comportamento de um é influenciado pelo comportamento do outro. Conforme descrito em SINGH (2001), é a relação profissional-paciente que determina o sucesso ou o insucesso do tratamento.

A seguir, serão apresentados trabalhos de pesquisadores que investigam a questão da relação profissional-paciente, buscando entender a etiologia do “medo odontológico” e propondo alternativas para o manejo de comportamentos do paciente.

2. REVISÃO DA LITERATURA

O tratamento odontológico como gerador de estresse

A situação de tratamento odontológico cria a oportunidade para o encontro entre dois indivíduos. A relação de proximidade, com a invasão do espaço íntimo do paciente, pode ser sentida como ameaçadora (KLATCHOIAN, 2002) e gerar comportamentos de esquiva. O dentista deve lidar com os comportamentos e com as dificuldades do paciente, assim como com o seu próprio comportamento. Deve estar atento não só aos aspectos técnicos da prática odontológica, mas também aos efeitos da prática sobre si mesmo e sobre o paciente (MORAES & PESSOTTI, 1985).

Segundo KLATCHOIAN & HIRATA (2002), a odontologia é uma área sujeita a uma grande quantidade de estressores, que podem levar à exaustão profissional. Estes autores citam o trabalho de FORREST (1978), que avaliou a incidência de doenças relacionadas ao estresse, tais como alterações coronarianas e hipertensão, mostrando que é 25% mais freqüente o aparecimento destas doenças em dentistas do que na população geral.

MAMIYA *et al.* (1998) investigaram o nível de estresse físico e psicológico gerado pelo tratamento odontológico para todos os participantes. Com o objetivo de comparar níveis de estresse esperado pelo paciente e pelo dentista, estes autores usaram uma Escala Visual Analógica (VAS) aplicada a um questionário. Na primeira parte da pesquisa, todos os participantes (sessenta pacientes adultos e cinquenta dentistas) foram convidados a avaliar o grau de estresse esperado durante a realização de dez procedimentos específicos:

anestesia injetável, exodontia de um dente com mobilidade, exodontia de um dente impactado, preparo cavitário sem anestesia, preparo cavitário com anestesia, pequenas cirurgias tal como a incisão para drenagem de abscesso, tratamento de canal, cimentação de coroa e remoção de cálculo dental. Os resultados mostraram que os cinco procedimentos potencialmente mais estressantes para os pacientes foram: preparo cavitário sem anestesia, exodontia de um dente impactado, pequenas cirurgias, anestesia injetável e preparo cavitário com anestesia. Para os dentistas, os cinco primeiros procedimentos foram os mesmos, só que em ordem diferente: exodontia de um dente impactado, pequenas cirurgias, preparo cavitário sem anestesia, anestesia injetável e preparo cavitário com anestesia. Não há dúvida de que, para prevenir a dor durante a realização do preparo cavitário, há necessidade da utilização da anestesia. Entretanto, o nível de estresse percebido para o procedimento preparo cavitário com anestesia foi o mesmo detectado para anestesia injetável. Isto significa que, embora sejam oferecidos dois estímulos estressores, é melhor que o paciente enfrente o estresse gerado pela injeção da anestesia e também o estresse gerado pelo preparo cavitário, mas que este procedimento seja feito de forma indolor. Embora a injeção da anestesia seja estressante para o dentista, o profissional deve reconhecer a importância deste procedimento para o bem estar do paciente.

Na segunda parte do estudo, MAMIYA *et al.* (1998) aplicaram outro questionário a todos os sujeitos, para avaliar o grau de estresse esperado pelo paciente e pelo dentista, antes da exodontia e depois de sua realização. Os escores de estresse foram mais altos antes do que depois da realização do procedimento, tanto para os pacientes quanto para os dentistas. Isto sugere que o dentista também fica ansioso antes da realização de alguns procedimentos, mas deve esforçar-se por tranquilizar a si mesmo e ao paciente antes de

qualquer intervenção. Sabendo que o estresse pode produzir complicações sistêmicas durante o tratamento, é importante que o dentista investigue quais são os procedimentos potencialmente mais estressantes para seu paciente e adote, de forma sistemática, estratégias de manejo da ansiedade.

O próprio consultório odontológico é um local potencialmente gerador de estresse, em que as pessoas chegam com dor e em estado de vulnerabilidade a injúrias física e mental. Errar não é permitido. Portanto, o dentista trabalha sob intensa e constante pressão da perfeição. Assim, é imperativo que ele aprenda a lidar com o estresse gerado pela profissão.

Quando o paciente é uma criança, além de todo o estresse gerado pela condição do trabalho, ainda há a relação profissional-paciente que deve ser estabelecida não somente com a criança, mas com o seu cuidador. Sem a cooperação deste, é impossível conduzir o tratamento de maneira adequada.

KAN *et al.* (1999) relatam que, em muitos casos, além de controlar a própria ansiedade, o dentista precisa controlar a ansiedade dos pais, orientando-os sobre como se comportar durante o tratamento, para que atuem como agentes colaboradores com o tratamento, e também controlar os comportamentos da criança, quando esta não permite a atuação plena do profissional. Estes autores desenvolveram um questionário para avaliar quais comportamentos da criança geravam mais estresse no dentista. Vinte e cinco odontopediatras foram entrevistados com objetivo de identificar quais comportamentos não produziam estresse (escore 0), quais produziam um estresse moderado (escore 1), quais produziam um grau significativo de estresse (escore 2) e alto nível de estresse (escore 3). Dentre as questões que compunham o instrumento, estavam: esconder o rosto, não abrir a

boca, movimentar pernas e braços, gritar e reclamar. Os comportamentos foram classificados de acordo com o grau de resistência ao tratamento oferecido pela criança em: resistência leve, resistência moderada e resistência intensa. Os dentistas apresentaram nível de estresse mais alto frente aos comportamentos que compunham o conjunto classificado como “resistência moderada” do que frente ao conjunto de “resistência intensa”, exatamente o oposto do que se esperava. Segundo os autores, o dentista reconhece de imediato a criança que apresenta “resistência intensa” e se prepara psicologicamente para enfrentar o desafio da situação, o que não ocorre quando a criança é “moderadamente resistente”. Os autores sugerem, ainda, a importância de estudar o estresse do dentista, bem como a necessidade de implementar estratégias para a detecção e o controle do mesmo, evitando prejuízos à saúde.

INGERSOLL (1979) abordou questão semelhante ao realizar um levantamento com quinhentos dentistas, que indicaram os comportamentos que consideravam mais problemáticos na prática clínica. A autora também encontrou respostas relacionadas com o medo e a não-colaboração. Os eventos mais citados foram “pacientes temerosos” e os comportamentos que podem ser decorrentes do medo, tais como “faltas, cancelamentos e atrasos”. Os dentistas também citaram como eventos estressantes “dificuldades para lidar com os pais”.

Comportamento de esquiva: indicador do “medo odontológico”

O medo que o paciente tem de submeter-se ao tratamento odontológico e suas conseqüências afetam não somente o equilíbrio emocional do profissional, mas também têm uma grande influência sobre o seu próprio estado de saúde bucal. O paciente temeroso

esquiva-se do tratamento, o que certamente causa um agravamento do quadro clínico já instalado e não permite que o dentista institua práticas preventivas. Alguns trabalhos, tais como os apresentados a seguir, investigaram a relação entre medo e saúde bucal.

SCHULLER *et al.* (2003), em um estudo com noruegueses adultos, encontraram 6,6% das pessoas com medo de tratar os dentes. Dentre estes indivíduos, estavam aqueles que apresentavam significativamente maior número de dentes com necessidade de tratamento, mais dentes perdidos e menor número de dentes tratados, mostrando que o medo leva o indivíduo a evitar o tratamento.

POULTON *et al.* (1998) também investigaram a relação entre medo odontológico e saúde bucal, examinando e entrevistando 936 pacientes com 18 anos de idade. Os autores encontraram 10% dos indivíduos com medo da situação de tratamento e, justamente este grupo de pessoas, apresentava significativamente piores condições de saúde bucal.

Como a função principal do dentista é manter o paciente com boa saúde bucal, fica clara a necessidade do profissional fazer intervenções que auxiliem o paciente a enfrentar a situação de tratamento com o mínimo de ansiedade. Para que o dentista possa implementar estratégias que minimizem o estresse gerado pelo tratamento, é necessário que ele aprenda a identificar comportamentos indicadores da ansiedade do paciente. Diversos autores têm investigado as expectativas e temores do paciente, no intuito de obter informações sobre seus sentimentos e propor estratégias para minimizar o estresse gerado pela situação odontológica.

O dentista: um avaliador de ansiedade/medo

VEERKAMP *et al.* (1995) investigaram a capacidade dos dentistas de avaliar mudanças no nível de medo e ansiedade do paciente. Para isso, 55 crianças, na faixa etária

de 6 a 11 anos, altamente ansiosas, foram tratadas por dois odontopediatras que tinham 6 anos de experiência no atendimento de pacientes temerosos. Após o término da sessão, cada dentista atribuía um escore para o nível de medo e para o comportamento do seu paciente. Todas as sessões foram filmadas em vídeo-tape e dois observadores assistiam as sessões e chegavam a um acordo sobre o escore atribuído à cada criança. A comparação entre o escore dado pelo dentista e pelos observadores mostrou que o dentista tende a achar o paciente mais temeroso do que os observadores. O dentista tendeu a igualar o medo da criança com sua capacidade de aceitar o tratamento. Quando o dentista acreditava que o medo da criança era devido a sua personalidade, o escore atribuído era mais alto do que quando ele atribuía o medo ao procedimento ou à interação dentista-criança. Os autores concluíram que, por estarem diretamente envolvidos com a situação de tratamento, os dentistas estavam menos aptos a avaliar o grau de ansiedade e colaboração da criança do que os observadores que utilizaram fitas de vídeo-tape. Eles ainda sugerem que os dentistas deveriam receber treinamento para aprender a avaliar as reações da criança durante a realização da sessão, e implementar, de imediato, estratégias que minimizem a ansiedade e aumentem a frequência de comportamentos colaborativos.

Utilizando este mesmo estudo, TEN BERGE *et al.* (1999), avaliaram a relação entre o comportamento do dentista e da criança. Foram comparados os escores de medo obtidos na primeira e na última sessão. Os autores concluíram que o nível de medo das crianças diminuiu após várias sessões de tratamento. O comportamento do dentista foi claramente dependente do nível de medo da criança, ou seja, durante o tratamento de crianças altamente temerosas, o dentista usou mais estratégias de direção e de controle físico do que quando lidou com crianças mais tranqüilas. Os autores citam que é praticamente impossível tratar uma criança incontrolável, altamente temerosa e que resiste ao tratamento, sem usar contenção física. Embora esta estratégia possa ser descrita como aversiva, ela tem o efeito de reduzir o medo da criança, uma vez que o escore (indicador de medo) diminuiu após as sessões. Para este grupo de crianças, ser empático e tranqüilizador não foi suficiente para diminuir o nível de medo, isto é, não foi possível quebrar o ciclo da não-colaboração somente por meio da interação dentista-criança.

A relação profissional-paciente como mediadora de comportamentos colaborativos

A influência da relação profissional-paciente sobre os comportamentos de crianças foi estudada por WEINSTEIN *et al.* (1982a). Os autores avaliaram vídeos de 72 sessões de atendimento de cinquenta crianças. As categorias de comportamento do dentista observadas foram: orientação/direção (instruir, dar ordens, reforçar comportamentos), empatia (tranqüilizar, perguntar sobre sentimentos), contato físico (agradar, restringir fisicamente) e verbalizações (falar com a criança ou com a assistente sobre a situação odontológica ou sobre outro assunto). Em relação à criança, foram observadas as seguintes categorias: comportamentos relacionados com medo (movimentos, choro, gritos, protestos verbais, reclamações de dor e de desconforto) e não relacionados com medo. Os autores perceberam que, em geral, os comportamentos indicadores de medo são menos freqüentes quando o dentista dirige e reforça o comportamento da criança. O reforçamento específico, quando o dentista elogia o comportamento da criança imediatamente após sua manifestação, foi mais eficaz do que o reforçamento geral, com um elogio ao final da sessão. Ignorar ou negar os sentimentos da criança não auxiliaram na redução do medo; ao contrário, mostrar-se atento aos sentimentos parece ser uma atitude positiva para a diminuição da freqüência de comportamentos de medo. Este é mais um trabalho que aponta a importância da atitude do profissional para minimizar o medo e a ansiedade do paciente.

Um dos passos para se estabelecer uma boa relação profissional-paciente é conhecer os anseios e temores do paciente, inclusive sobre as possíveis origens do medo odontológico, e personalizar o atendimento, adequando as necessidades odontológicas com as habilidades de enfrentamento do paciente.

MILGROM *et al.* (1995) investigaram as origens do medo da situação odontológica, aplicando um questionário a 895 crianças na faixa etária de 5 a 11 anos. As crianças respondiam a questões relacionadas com a situação odontológica, para as quais tinham 5 opções de resposta, que variavam de “nenhum medo” até “muito medo”. Dentre as situações que evocaram os maiores escores de medo estavam “ter um estranho mexendo em minha boca”, “injeção” e “uso da broca”. Os resultados mostraram que, além dos aspectos técnicos relacionados ao tratamento, aspectos ligados ao comportamento do profissional

também são fontes potenciais de estresse. Os autores ressaltam a importância das práticas preventivas que, além de evitarem a instalação e/ou o agravamento de processos de cárie, ainda previnem o medo do tratamento.

Outros trabalhos também estudaram as possíveis origens do medo. COSTA & MORAES (1994), investigaram a prevalência do medo odontológico em 1045 estudantes com idade entre 15 e 20 anos, por meio da aplicação de um instrumento denominado “*Dental Fear Survey*” (KLEINKNECHT & BERNSTEIN, 1978), que avalia a extensão e a gravidade do medo. Os autores encontraram que 7% da amostra apresentava “alto medo odontológico” e, dentre estes indivíduos, 33,3% freqüentemente ou quase sempre demoravam em marcar consulta, sendo que apenas 0,9% dos outros indivíduos esquivavam-se do tratamento. Dentre os estímulos com maior potencial gerador de medo estavam a broca e a injeção da anestesia.

KLEINKNECHT *et al.* (1973) aplicaram um teste a 487 estudantes com idade a partir de 6 anos. As maiores taxas de medo foram referidas aos itens “ver a seringa anestésica” e “sentir a anestesia”, seguidos pelos itens “ver”, “ouvir” e “sentir a broca”. Parece que a reação mais comum e mais intensa do indivíduo com medo é a tensão muscular. Dentre os entrevistados, os mais velhos apresentavam maiores taxas de medo, o que poderia ser explicado pela maior experiência odontológica de crianças mais velhas com situações que envolviam dor ou desconforto físico. Quase 17% da amostra relatou que experiências odontológicas adversas de amigos ou parentes, ou mesmo situações odontológicas mostradas na mídia de maneira aversiva, fizeram com que eles temessem o tratamento. A terceira categoria mais freqüentemente mencionada como temida foi a percepção do erro ou o medo de que o dentista errasse durante o seu tratamento. Tais erros, experimentados por 8,3% da amostra, incluíram aplicação incorreta da anestesia ou da broca e tratamento restaurador do dente errado. Outro grupo de indivíduos (7%), citou, entre as situações mais aversivas, a recusa do dentista em usar anestesia quando solicitado pelo paciente e o início da utilização da broca antes do início dos efeitos da anestesia. Os autores relatam que o fato do ruído e da visão da broca eliciar um grau de medo semelhante ao eliciado pela sensação da broca no dente, parece demonstrar que não é necessário passar pela experiência para ter medo. Segundo os autores, um fator importante na determinação

da atitude do paciente frente ao tratamento é a sua percepção sobre a pessoa do dentista. Os participantes que relataram mais medo da situação odontológica atribuíram tal reação à falta de afeição com o seu dentista, ao contrário dos indivíduos que se mostraram menos temerosos e que citaram características pessoais positivas do dentista como um fator importante. Parece que mostrar segurança e usar estratégias que diminuem a ansiedade são comportamentos do dentista que agradam ao paciente e o auxiliam no enfrentamento da situação de tratamento. Além disso, estar atento às possíveis sensações físicas causadas pelo tratamento, evitando que o paciente sinta dor, parece ser um fator indispensável na construção de uma boa relação profissional-paciente.

A experiência do profissional constitui fator determinante da maneira como ele interage com o paciente. WEINSTEIN *et al.* (1982b) desenvolveram um trabalho com 24 crianças na faixa etária entre 5 e 12 anos, divididas em dois grupos, segundo o nível de medo relatado (alto ou baixo) e que necessitavam de tratamento restaurador. Os atendimentos foram feitos por 6 dentistas, dos quais apenas 3 tinham experiência em lidar com crianças altamente temerosas. Os resultados mostraram que os dentistas foram mais comunicativos com as crianças consideradas altamente ansiosas do que com as outras crianças da amostra. Além disso, os dentistas mais experientes foram mais comunicativos do que aqueles sem experiência. Entretanto, curiosamente, os resultados mostraram que as crianças tratadas pelos dentistas experientes mostraram uma frequência mais alta de comportamentos relacionados ao medo do que as crianças tratadas pelos dentistas inexperientes. Os autores levantaram a hipótese de que, por trabalharem com mais rapidez, os dentistas experientes podem não ter atendido às dicas sutis de medo apresentadas pelos pacientes e, por isso, eliciaram maiores frequências de respostas de medo.

A importância do controle do medo em odontologia é especialmente relevante nas primeiras sessões de atendimento. Alguns trabalhos investigaram a relação entre medo e experiências odontológicas negativas ocorridas nas primeiras sessões de tratamento. TOWNEND *et al.* (2000), por exemplo, em um estudo com 60 crianças, sendo 31 classificadas como temerosas, investigaram não somente a relação do medo com experiências precoces desagradáveis, mas também a possível origem do medo e a relação entre o nível de medo e a condição bucal. Dentre as crianças temerosas, havia mais

histórias de experiências odontológicas negativas, com casos de tratamento invasivo (como exodontia) realizado na primeira visita da criança ao dentista. Além disso, estas crianças apresentavam um maior número de dentes cariados do que as crianças consideradas não ansiosas, mostrando que o medo pode provocar comportamentos de esquiva. Os autores destacaram a importância do controle da dor, por meio do uso eficaz da anestesia, observando que muitos dentistas ainda evitam o uso de anestesia e de outros métodos de controle da dor em crianças, além de não empregar estratégias psicológicas de manejo do comportamento, por insuficiente conhecimento das técnicas. Os autores se referem ainda à importância da realização de trabalhos preventivos, iniciados o mais precocemente possível, evitando o desenvolvimento de cárie e a necessidade de exposição a tratamentos invasivos. Uma vez que é impossível adiar o tratamento curativo até que a criança atinja uma idade mais madura e possa colaborar com o tratamento, devido ao agravamento da condição bucal, é necessário que os profissionais desenvolvam suas habilidades para manejar comportamentos e controlar a dor.

Esta afirmação é apoiada pelo estudo de LITT (1996), que relacionou ansiedade e dor, observando que pacientes ansiosos, que passaram por experiências dolorosas em situações odontológicas, tinham maior probabilidade de sentir dor durante o tratamento. Segundo o autor, pacientes ansiosos tendem a superestimar a dor que sentiram e a recordar da dor com mais intensidade do que realmente sentiram. Assim, há que se tomar todo o cuidado para evitar a dor e controlar a ansiedade do paciente.

De JONGH *et al.* (1995) desenvolveram um estudo com 224 estudantes de psicologia. Os participantes responderam a um questionário com perguntas sobre ansiedade, experiências odontológicas dolorosas e negativas, crenças e mudanças de atitude em relação ao tratamento, ocorridas ao longo da vida. Os resultados mostraram uma relação positiva entre a ansiedade e o grau de percepção de dor em tratamentos passados e a intensidade com que estas experiências traumáticas eram relatadas. Mostraram, ainda, que os indivíduos que relataram sempre sentir ansiedade na situação de tratamento odontológico, foram aqueles que apresentaram maior nível de ansiedade e que relataram

um período de tempo bastante curto entre a primeira visita ao dentista e a lembrança da primeira experiência dolorosa. Ao contrário, os indivíduos menos ansiosos, declararam que passaram por experiência de dor bem mais tarde do que os mais ansiosos. Para os autores, o fato de o indivíduo ser ansioso, pode ter feito com que ele considerasse suas experiências odontológicas traumáticas e dolorosas. Por outro lado, as experiências traumáticas vivenciadas nas primeiras consultas, podem ter levado o indivíduo a tornar-se ansioso em relação ao tratamento. Os autores sugerem que, embora esta questão não possa ser respondida, a relação entre ansiedade e experiência odontológica negativa existe e deve ser considerada a possibilidade de realizar sessões iniciais agradáveis, para treinar a criança a receber o tratamento, antes de executar procedimentos curativos.

Estes resultados também foram encontrados por LIDDELL & GOSSE (1998), que aplicaram um questionário a 510 estudantes universitários de várias áreas, e perceberam que, além da relação entre ansiedade e dor, experiências traumáticas ocorridas na primeira infância constituíam bons preditores da ansiedade atual. Dentre os estímulos considerados mais aversivos para esta amostra, se encontravam: sentir o ‘motorzinho’, injeção da anestesia, tratar os dentes sem anestesia, sensação da boca anestesiada e dor. Estes autores concluíram que as primeiras visitas da criança ao dentista são vitais ao desencadeamento da ansiedade e devem ocorrer da forma mais agradável possível.

RACHMAN (1977) acredita que nem sempre o medo é adquirido por experiências traumáticas ou dolorosas. Segundo este autor, é necessário investigar outros fatores igualmente importantes na instalação da ansiedade e do medo, tais como as características individuais que podem determinar a maior ou menor influência das experiências vicariantes e a habilidade em lidar com a própria insegurança. O papel do dentista não deveria se

limitar a diagnosticar a ansiedade do paciente, mas também investigar suas possíveis origens e, assim, focalizar sua atuação no sentido de ensinar o paciente a olhar para a situação odontológica sob outro aspecto, com mais tranquilidade.

Estratégias de manejo do comportamento

Diversos estudos já investigaram formas de manejar o comportamento e diminuir a ansiedade do paciente. A questão do controle sobre a situação odontológica foi estudada por WEINSTEIN *et al.* (1996), que desenvolveram uma escala de avaliação de autocontrole do comportamento. Foram realizados dois estudos com crianças para avaliar se estratégias de controle, adotadas pela criança ao longo do tratamento, poderiam facilitar o enfrentamento da situação odontológica. No primeiro estudo, 180 crianças na faixa etária de 8 a 14 anos responderam a um questionário, com perguntas sobre o que havia acontecido na última visita ao dentista e o que elas gostariam que acontecesse na próxima visita. No segundo estudo, 59 crianças de 6 a 16 anos, que se submeteriam a tratamento odontológico, responderam a um questionário antes de entrar no consultório. No consultório, as crianças eram instruídas a apertar botões que acendiam luzes nas cores verde (quando tudo estivesse bem), amarelo (quando a criança estivesse preocupada com a situação) e vermelha (quando ela desejasse que o dentista interrompesse o tratamento), durante a realização dos procedimentos clínicos. Os resultados mostraram que as crianças mais jovens e aquelas que tinham sofrido exodontia necessitavam de maior controle sobre a situação de tratamento. O uso dos sinalizadores luminosos teve relação com manifestações físicas de desconforto. Os

dados mostraram uma relação entre a ansiedade e o desejo de exercer controle sobre a situação. Os mais velhos usavam menos a sinalização e os autores inferiram que tal comportamento seria decorrente da experiência destas crianças, que sentiram que não seriam atendidas em seus pedidos de interrupção do tratamento.

WEINSTEIN & NATHAN (1988) sugerem a importância da criança ter alguma sensação de controle sobre a situação odontológica, argumentando que um ambiente em que a criança pode comunicar seus sentimentos e fazer pequenas escolhas aumentam a capacidade de enfrentamento da situação e diminui a percepção de vulnerabilidade. O dentista deve estimular a participação da criança na rotina, oferecendo-lhe a sensação de que seus sentimentos e pensamentos são importantes e respeitados. MILGROM *et al.* (1985) afirmam que permitir que a criança expresse seus temores, ajuda a criar uma relação de confiança no profissional e reduz a ansiedade em relação ao tratamento. Por outro lado, ignorar ou contradizer os sentimentos da criança aumenta a ansiedade.

A questão do controle da criança sobre os procedimentos odontológicos também foi estudada por SINGH *et al.* (2000). Os autores avaliaram o medo, a ansiedade e o controle percebido e desejado, por meio da aplicação de questionários a um grupo de 364 crianças na faixa etária de 7 a 13 anos. Em relação ao medo e à ansiedade, as meninas mostraram escores mais altos do que os meninos. Os valores mais altos de medo e ansiedade estavam relacionados com valores mais baixos de controle percebido. Em relação à faixa etária, as crianças de 11 a 13 anos mostraram-se mais temerosas do que as crianças de 7 a 9 anos, o que sugere que crianças mais velhas podem ter uma história de experiência odontológica mais desagradável. As crianças que haviam recebido tratamento odontológico com anestesia mostraram-se mais temerosas do que aquelas que não tiveram anestesia. Os

autores inferiram que a etiologia do medo da injeção anestésica pode relacionar-se à percepção da incontrolabilidade.

Outras estratégias de manejo do comportamento foram estudadas por diferentes pesquisadores.

PERETZ & BIMSTEIN (2000) avaliaram o uso da técnica de sugestão durante a aplicação da anestesia injetável. A sugestão, processo através do qual o indivíduo aceita a apresentação de uma idéia e acredita nela sem uma razão lógica, poderia controlar os comportamentos do paciente e ao mesmo tempo diminuir os efeitos estressores causados pela aplicação da anestesia injetável. Antes da administração da anestesia, o dentista pedia à criança que escolhesse uma imagem da qual gostasse muito e ficasse pensando nesta imagem. Durante a administração da injeção, o dentista fazia comentários sobre a situação imaginada. Um avaliador anotava as expressões faciais que indicavam prazer, indiferença ou desconforto e o tônus muscular (relaxado ou tenso). Durante o exame clínico e a tomada de radiografias, procedimentos realizados sem o emprego da estratégia de sugestão, 25% das crianças foram apenas parcialmente colaboradoras, porém permitiram a realização dos procedimentos. Durante a aplicação da anestesia, 53% demonstraram prazer, 31% mostraram-se indiferentes e 16% expressaram desconforto. Da amostra, 81% aparentava relaxamento muscular. Os resultados mostraram que a sugestão foi capaz de modificar favoravelmente as reações da criança durante a administração da anestesia.

AITKEN *et al.* (2002) estudaram os efeitos da distração sobre a dor, a ansiedade e o comportamento de crianças durante o tratamento odontológico. Os autores selecionaram 45 crianças na faixa etária de 4 a 6 anos, que apresentavam comportamentos não-colaboradores e que receberiam tratamento restaurador durante duas sessões, com o uso de

anestesia na arcada inferior. Na primeira sessão, não houve o emprego da estratégia de distração. O ritmo cardíaco foi avaliado durante toda a aplicação da anestesia tópica, da anestesia injetável e da instalação do isolamento absoluto e a cada 5 minutos durante os outros procedimentos. Na segunda sessão, as crianças foram divididas em 3 grupos: grupo de músicas infantis, grupo de músicas relaxantes (instrumental) e grupo sem música. Esta sessão era conduzida tal qual a primeira, exceto que, ao final, o dentista perguntava para as crianças dos grupos que ouviram música, se elas haviam gostado de ouvir música durante o tratamento e se gostariam de ouvir novamente na próxima visita. Os comportamentos avaliados foram choro, movimentos de corpo e resistência ao tratamento. A frequência cardíaca mostrou-se mais alta durante a injeção da anestesia, com uma diminuição durante os outros procedimentos, sem, contudo, atingir os níveis basais. Entretanto, não houve diferença significativa entre a primeira sessão e a sessão experimental. Os autores também não encontraram diferenças significativas na frequência de comportamentos de não-colaboração, no nível de dor percebido e na resposta às duas perguntas feitas pelo dentista ao final da segunda sessão. Os resultados mostraram que a distração por música gravada não promoveu a redução da ansiedade, da frequência de comportamentos não-colaboradores e da percepção da dor. Como os autores obtiveram resultados contrários aos dados de INGERSOLL *et al.* (1984) e STARK *et al.* (1989), que mostraram redução da frequência de comportamentos de não-colaboração, eles atribuíram os resultados à: (a) diferente metodologia utilizada, especialmente ao uso músicas no lugar de histórias; (b) as crianças não apresentavam índices de não-colaboração suficientemente altos para serem afetadas pela distração; e (c) as músicas foram escolhidas pelos pesquisadores, que por não serem familiares, podem não ter influenciado o comportamento da criança.

No trabalho de INGERSOLL *et al.* (1984), foram atendidas 45 crianças com idade entre 4 e 9 anos, que já haviam passado por tratamento, com emissão de comportamentos de não-colaboração, e que necessitavam de novas restaurações. Na primeira sessão, foi realizada uma restauração, sem o uso da distração. Na segunda sessão, as crianças foram divididas em 3 grupos: as crianças do Grupo 1 (controle), receberiam o tratamento sem o uso do áudio; no Grupo 2, as crianças poderiam escolher uma história e ouvi-la ao longo da sessão, continuamente (grupo de distração não contingente); as crianças do Grupo 3, após escolher a história, eram avisadas de que somente a ouviriam enquanto estivessem quietas e colaboradoras (grupo de distração contingente). Para o terceiro grupo, quando ocorria um comportamento de não-colaboração, a apresentação do áudio era interrompida, não sendo iniciada novamente até que a criança mostrasse sinais de colaboração por 5 segundos. Durante a realização do tratamento, observadores treinados anotavam os comportamentos emitidos pela criança a cada 15 segundos: movimento de corpo, movimento de cabeça, choro e necessidade de restrição física. Os resultados mostraram uma diferença significativa entre os comportamentos das crianças dos grupos controle e distração contingente e, embora não estatisticamente significativa, diferenças entre as crianças do grupo de distração contingente e não contingente. As crianças do grupo de distração contingente apresentaram menor frequência de comportamentos de não-colaboração quando comparadas aos outros grupos, tendo uma redução de 83% na frequência dos comportamentos entre a primeira e a segunda sessão. Os autores concluíram que a estratégia de distração com histórias ouvidas através de fones de ouvido foi eficaz para diminuir a frequência de comportamentos de não-colaboração. Eles acreditam que o áudio deve apresentar uma vantagem sobre histórias exibidas em monitores de vídeo, pois quando

a criança ouve a estória, ela geralmente fecha seus olhos, a fim de concentrar-se no conteúdo do que está ouvindo e, assim, não observa aspectos visuais aversivos da situação.

STARK *et al.* (1989) testaram a eficácia da técnica de distração, durante o atendimento odontológico de quatro crianças não-colaboradoras, com idades entre 4 e 7 anos. Após as sessões de linha de base, em que foram empregadas apenas as estratégias “conte - mostre - faça” e reforçamento positivo, as crianças foram expostas a estímulos de distração por meio da observação de um pôster com desenhos infantis e de uma história sobre a figura do pôster, ouvida através de fones de ouvido, durante a execução do tratamento. Ao final da sessão, a criança deveria responder a um teste sobre a história ouvida e, caso acertasse 65% ou mais das questões, poderia escolher um brinde especial. Se o acerto fosse menor do que 65%, a criança ganharia um balão de ar e um brinde comum. O comportamento da criança (movimento de corpo e de cabeça e reclamações) e o procedimento odontológico realizado eram registrados a cada 15 segundos, por dois observadores independentes. Os resultados mostraram que, para 3 crianças, a ansiedade e os comportamentos não-colaboradores aumentaram ao longo das sessões de linha de base e que houve um decréscimo imediato destes comportamentos inadequados na primeira sessão em que se utilizou a técnica de distração. Entretanto, após os eventos sucessivos de distração, houve um crescente aumento nos níveis de não-colaboração. Os autores acreditam que, com as repetidas sessões, as crianças aprenderam que, mesmo comportando-se de modo inadequado, eram capazes de responder um número suficiente de questões que lhes permitia ganhar o prêmio. Além do mais, quando as crianças emitiam comportamentos de não-colaboração, o dentista interrompia temporariamente a realização do procedimento, até que pudesse reposicionar a criança e reiniciar o procedimento. Tal interrupção pode ter

sido percebida pela criança, que passava a utilizar-se da esquiva, ao menos por alguns segundos, para evitar o tratamento.

MACHEN & JOHNSON (1974) compararam a eficácia da estratégia de dessensibilização à modelação, em um estudo com crianças de 36 a 65 meses de idade, sem experiência odontológica. As crianças foram divididas em três grupos: grupo de dessensibilização, grupo de modelação e grupo controle. Na primeira sessão, para os três grupos, foram realizados exame clínico, profilaxia e radiografias, sendo que o dentista utilizava a estratégia “conte-mostre-faça”. O tratamento restaurador foi realizado na segunda e terceira sessões. Antes destas sessões, o grupo de crianças submetidas à modelação assistia a um vídeo-tape que mostrava uma criança sendo atendida e demonstrando comportamentos colaboradores recompensados pelo dentista com elogios e brindes. As crianças do grupo de dessensibilização foram encaminhadas à uma sala comum (diferente do consultório odontológico) e uma dentista mostrou os instrumentos odontológicos, apresentando-os em ordem crescente de potencial gerador de ansiedade (exemplo: o espelho bucal foi mostrado antes da seringa anestésica). Os resultados mostraram que, para os três grupos, houve uma diminuição nas taxas de não-colaboração entre a primeira e a terceira sessão, e que, durante a realização dos procedimentos restauradores na segunda e terceira sessões, as taxas de não-colaboração foram significativamente menores nos grupos experimentais, sem diferença estatisticamente significativa entre estes grupos. Os autores relataram que estas estratégias são de fácil utilização, não implicam em demasiado aumento do tempo da sessão mas, apesar de terem conseguido um aumento nos índices de colaboração, não houve extinção dos problemas de comportamento, os quais foram observados ainda na terceira sessão.

ALLEN & STOKES (1987) avaliaram a estratégia fuga contingente, num estudo com 5 crianças na faixa etária de 3 a 6 anos, que apresentaram alto nível de não-colaboração e agressividade contra a equipe odontológica em sessões anteriores. A primeira sessão era conduzida da forma convencional, com o dentista explicando os procedimentos que iria realizar e as sensações que as crianças poderiam experimentar. O dentista também elogiava os comportamentos da criança, quando esta se mostrava colaboradora, e oferecia um pequeno prêmio ao final da sessão, para aquelas que haviam apresentado comportamentos colaboradores em mais de 70% do tempo. Durante as sessões experimentais, o dentista contava para a criança que o tratamento seria interrompido por alguns segundos quando ela estivesse colaboradora. Porém, o tempo de colaboração exigido para que o procedimento pudesse ser interrompido aumentava sempre, passando gradualmente de 5 para 30 segundos. Os resultados mostraram que, durante a aplicação da anestesia, a frequência de comportamentos não-colaboradores caiu de 80% da sessão de linha de base para 35% nas sessões experimentais, mostrando a eficácia desta estratégia. Entretanto, os autores ressaltam que, embora não traga custo adicional, o dentista necessita ser treinado em sua habilidade para a implementação desta estratégia.

Uso de contenção física: resultados e perspectivas

Estudos sobre as estratégias de manejo do comportamento de crianças também abordam as chamadas estratégias aversivas. Observa-se controvérsias no que se refere às consequências da implementação destas estratégias e sobre sua real aversividade.

O exercício da mão sobre a boca (HOME: Hand Over Mouth Exercise) consiste em o dentista colocar sua mão firmemente sobre a boca da criança, interrompendo seu choro

e/ou grito e, assim, poder dar instruções claras e objetivas sobre o comportamento esperado. Esta estratégia é indicada às crianças que apresentam alta frequência de comportamentos de birra. Não se recomenda o uso do HOME para crianças com limitada habilidade de comunicação, deficientes mentais e/ou de pouca idade. Quando a criança interrompe o choro por ter sua boca tapada, o dentista reforça o comportamento colaborador, fazendo um elogio e, então prossegue com o tratamento. MORAES & PESSOTTI (1985) discutem o aspecto punitivo do uso desta estratégia, observando que a criança que chora, grita e agride a equipe odontológica, se comporta desta maneira com o intuito de fugir do tratamento. Após a utilização do HOME, a criança passa a mostrar-se mais colaboradora, porém isto pode estar ocorrendo porque ela sabe que será submetida novamente à técnica se não colaborar. A criança parece sentir maior aversão ao HOME do que ao próprio tratamento e, sendo assim, comporta-se adequadamente para “fugir” desta estratégia.

Há ainda uma sofisticação desta estratégia, indicada para ser usada quando aplicações sucessivas do HOME não produzirem mais os efeitos desejados. Trata-se do HOMAR, ou seja, além da boca, o dentista obstrui a entrada de ar pelo nariz. Por motivos óbvios, não se recomenda a utilização desta técnica por mais de 15 segundos. MORAES & PESSOTTI (1985) ressaltam a falta de artigos na literatura que discutam os aspectos psicológicos relacionados com a utilização desta técnica.

Outra estratégia restritiva é a contenção física, que visa imobilizar a criança, de forma parcial ou total, durante a realização do tratamento. CONNICK *et al.* (2000) discutem o emprego desta estratégia, alegando que, quando há necessidade de realizar tratamento odontológico em crianças de pouca idade e/ou não-colaboradoras, o emprego da contenção física pode fazer parte do plano de tratamento. Quando a contenção é usada de

forma adequada, respeitando o paciente, sem feri-lo ou humilhá-lo, esta estratégia mostra-se segura e uma alternativa interessante para os casos em que há contra-indicações para o uso de controle farmacológico. Os autores ressaltam ainda que, o uso da restrição física garante segurança ao paciente e à equipe odontológica e permite que o tratamento seja realizado. Deve ser empregada somente quando outras estratégias não promoveram os efeitos desejados, não deve ser usada como uma punição ao paciente e nunca isoladamente, sem a concomitância de outras estratégias de manejo.

PERETZ & GLUCK (2002) ressaltam que, quando se decide pelo uso de restrição física, os pais precisam ser orientados e esclarecidos sobre a necessidade do emprego da técnica, devem autorizar por escrito a sua utilização e ainda participar ativamente da restrição da criança. Os autores observam que esta pode ser uma estratégia eficiente quando se lida com crianças que não aceitam receber o tratamento.

CARDOSO (2002) desenvolveu um trabalho de observação do atendimento odontológico de crianças colaboradoras e não-colaboradoras, realizado por alunos de graduação em uma clínica-escola. Foram avaliadas 388 sessões de atendimento de 40 crianças com idade entre 6 e 11 anos. Os resultados mostraram que o perfil das crianças que necessitaram de contenção física caracterizou-se pela presença de comportamentos pouco socializados, indicadores de problemas comportamentais de natureza anti-social e com elevadas manifestações de estresse, que dificultavam a execução do tratamento. Frente aos comportamentos das crianças colaboradoras, os alunos usaram uma diversidade maior de estratégias de manejo (conte-mostre-faça, reforçamento positivo e distração) e mostraram-se mais lúdicos e receptivos quando as crianças apresentavam sinais de ansiedade e/ou desconforto, parecendo acolher com mais tolerância às demandas das crianças. Por outro

lado, frente às crianças não-colaboradoras, que necessitaram de contenção física, os alunos predominantemente focalizavam sua ação no sentido de conter o comportamento de recusa. Parece que estes comportamentos inadequados mobilizaram sentimentos negativos dos alunos, expressos por meio de broncas, ameaças, ridicularização dos sentimentos da criança e até mesmo pela dispensa da criança do atendimento.

Perspectiva histórica do uso de estratégias de manejo do comportamento

Um trabalho de investigação sobre técnicas de manejo do comportamento foi desenvolvido por ALLEN *et al.* (1990). Os autores avaliaram as estratégias rotineiramente usadas por 160 odontopediatras associados à Academia Americana de Odontopediatria. Também investigaram quais fatores os dentistas consideravam mais importantes para a adoção de novas estratégias de manejo. A pesquisa utilizou um questionário, com perguntas sobre os tipos de estratégias adotadas com crianças consideradas colaboradoras e não-colaboradoras. As estratégias mais comumente usadas por aqueles dentistas foram: conte-mostre-faça, prêmio não contingente, repreensão verbal e sedação, independente do nível de colaboração da criança. Menos de 5% dos entrevistados haviam experimentado as estratégias distração contingente e modelação por vídeo - tape. Ao lidar com as crianças mais colaboradoras, os autores apontam que os dentistas tendem a usar com mais frequência as estratégias de modelação ao vivo, relaxamento e distração. Ao contrário, quando as crianças manifestam comportamentos de não-colaboração, aumenta a frequência do uso das estratégias de repreensão verbal, restrição física, sedação e HOME. A minoria dos dentistas relatou ter usado as estratégias de recompensa contingente, distração

contingente e modelação por vídeo-tape, com crianças colaboradoras ou não. Ao serem questionados sobre os fatores que os influenciavam a incorporar novas estratégias, responderam que o custo para implementar a técnica, o conhecimento sobre sua eficácia, a aceitação da técnica pelos colegas e a necessidade de treinamento eram levados em consideração. Os dentistas reconheceram a necessidade de expandir e melhorar o seu repertório de estratégias e aumentar suas habilidades para manejar os comportamentos de crianças. Porém, de forma geral, os autores perceberam uma forte resistência dos dentistas em aceitar a aprendizagem de novas técnicas.

ACS *et al.* (2001) investigaram as mudanças ocorridas nas últimas décadas, em relação ao ensino e à utilização das técnicas de restrição física, HOME e HOMAR. Foram enviados questionários a diversos programas de odontopediatria e os dados obtidos foram comparados aos resultados de outros estudos, realizados entre 1979 e 1989, em que foram utilizados os mesmos modelos de questionário. Os autores concluíram que houve um declínio significativo do emprego destas estratégias e acreditam que isso seja devido à implementação de outras estratégias consideradas mais eficazes e menos traumáticas.

Intervenção farmacológica para o manejo do comportamento

FANNING *et al.* (1997) relataram suas experiências no atendimento de crianças órfãs da Romênia. Eles realizaram tratamento restaurador em 220 crianças entre os anos de 1994 e 1995. As crianças receberam de 10 a 20 mg de Valium®, 2 a 3 horas antes da intervenção e foram mantidas sob contenção, feita pelas auxiliares em 1994 e com o uso da “*Papoose Board*” no ano seguinte. Os autores obtiveram sucesso em tratar as crianças e não tiveram problemas relacionados a efeitos adversos com o emprego da medicação.

O estudo de KUPIETZKY & BLUMENSTYK (1998) comparou o comportamento de 24 crianças que foram tratadas com o uso de anestesia geral e 30 crianças submetidas à sedação consciente. As crianças tinham entre 2 e 4 anos de idade. Elas foram chamadas para a realização de um exame clínico de rotina entre 20 e 38 semanas após o término do tratamento. Nesta sessão, seus comportamentos foram avaliados pelos dentistas e pelos pais de forma independente. Os dentistas perguntavam às crianças sobre seus temores em relação a um possível tratamento e avaliavam a espontaneidade com que se dirigiam ao consultório. A observação dos comportamentos das crianças, enquanto eram submetidas ao exame clínico, mostrou que 92% das crianças do grupo de anestesia geral e 93% do grupo de sedação consciente apresentavam comportamentos classificados como positivos e definitivamente positivos, segundo a Escala de Comportamentos de Frankl. Em relação aos temores das crianças em passar por um tratamento futuro, 17% das crianças do grupo anestesia geral e 20% do grupo sedação consciente responderam sentir medo. Os resultados mostraram que não há diferença significativa em relação à ansiedade e colaboração entre crianças que receberam tratamento sob anestesia geral e sedação consciente.

MOORE (1999), assim como FOLAYAN *et al.* (2002), destaca a importância do conhecimento dos agentes usados na sedação e de outros medicamentos de uso comum entre os pacientes, para evitar possíveis efeitos adversos da interação de medicamentos e até mesmo entre o agente sedativo e o anestésico local. O autor chama a atenção para a correta execução do cálculo das doses de todos os agentes farmacológicos utilizados na prática odontológica. Embora pareça óbvia, esta conduta não é adequadamente realizada por grande parte dos profissionais.

YAGIELA (2001) também ressalta a importância da educação continuada para que os dentistas aprendam a lidar com os agentes sedativos, evitando que o paciente corra riscos. Embora as estratégias psicológicas de manejo do comportamento apresentem uma melhor relação custo-benefício, a sedação consciente é uma alternativa barata quando se depara com dificuldades em controlar comportamentos altamente não-colaboradores. O autor ressalta que o emprego da sedação consciente é eficaz para reduzir a apreensão do paciente em relação ao tratamento e pode melhorar o seu comportamento colaborativo sem comprometer a capacidade de resposta.

JANSEN & MATSSON (2001) avaliaram a frequência e o sucesso da utilização de benzodiazepínicos por via oral ou retal. Os autores enviaram 500 questionários para dentistas que trabalhavam com crianças em um Serviço Público de Saúde Bucal e para 77 especialistas em odontopediatria que trabalhavam em clínicas. Os dados obtidos mostraram que 73% dos dentistas e 97% dos especialistas usavam benzodiazepínicos para sedação. Entre os dentistas do serviço público, 7% empregavam este tipo de sedação ao menos uma vez ao mês, enquanto a frequência de utilização entre os especialistas chegava a 87%. Os autores concluíram que, por terem maior conhecimento sobre os benefícios da sedação, os especialistas utilizavam esta estratégia com maior frequência.

WILSON *et al.* (2001) enviaram questionários aos programas de pós-graduação em odontopediatria dos Estados Unidos. O objetivo foi determinar as experiências clínicas e didáticas sobre sedação consciente em programas de residência e pós-graduação, comparando com estudos anteriores. Os questionários avaliavam o conhecimento sobre agentes sedativos, monitoramento de sinais vitais, atendimento de emergências, entre outros. Os resultados apontaram que os atuais programas de residência usam mais

comumente a combinação entre óxido nitroso e outros agentes sedativos. Midazolam é utilizado com mais frequência do que Hidrato de Cloral e a via oral mostrou ser a mais usada. Em relação ao tempo gasto com a leitura de textos sobre sedação e/ou com cursos sobre o assunto, os dentistas atualmente têm dedicado mais horas ao aprendizado do que aqueles de 10 anos atrás. Para controlar os sinais vitais do paciente, têm sido utilizados estetoscópio, oxímetro de pulso e esfigmomanômetro. Os profissionais estão mais preparados para atender emergências decorrentes da sedação, com um número maior de dentistas com certificado em cursos de suporte básico de vida, quando comparados a pesquisas anteriores.

Estes dados são corroborados pelo estudo de HOUPPT (2002), que também investigou a utilização de agentes sedativos ao longo dos últimos 15 anos, por dentistas norte americanos. O autor avaliou 1778 questionários respondidos por membros da Academia Americana de Odontopediatria. Observou-se o uso de sedação em 77.112 sessões de atendimento odontológico, sendo que a maioria usava óxido nitroso, entre outros agentes sedativos. Os resultados confirmam uma tendência crescente ao uso de sedação.

É importante salientar que, mesmo quando se pretende realizar o tratamento odontológico sob anestesia geral, o paciente deve ser preparado para a intervenção, por meio da utilização de estratégias psicológicas. Além disso, há necessidade de se realizar sessões posteriores ao tratamento realizado sob anestesia geral, que visem condicionar o paciente à situação de tratamento, contribuindo para aumentar sua adesão às práticas preventivas, feitas por meio de visitas regulares ao consultório. Alguns estudos investigaram a integração das abordagens psicológica e farmacológica no intuito de aumentar a colaboração do paciente.

Perspectivas de integração: abordagens farmacológica e psicológica

WEINSTEIN (1986), em um relato sobre a relevância de pesquisas integrando as áreas de psicologia e farmacologia, argumenta que, embora havendo o consenso de que o medo e os comportamentos provocados por este sentimento, principalmente em crianças, seja o maior problema enfrentado pelos dentistas no estabelecimento da relação profissional-paciente, não há concordância sobre a melhor forma de intervenção. A literatura em análise do comportamento (que preconiza desde técnicas simples, como estabelecer comunicação com o paciente, até técnicas mais sofisticadas, como a dessensibilização ou a modelação por vídeo - tape) e a ampla literatura farmacológica (que relata sucessos e insucessos, sugerindo desde doses mínimas de ansiolíticos até anestesia geral) não apresentam resultados conclusivos ou relatos de sucesso total e duradouro. Além disso, poucos são os trabalhos que associam as duas abordagens. O autor sugere que, para a realização de pesquisas que integram estas duas áreas, há que se reconhecer diferenças individuais de cada sujeito. Cada sujeito é único e pode reagir de forma diversa quando se aplicam estratégias padrão, sem adaptá-las à sua maneira de comportar-se e perceber a situação de tratamento. Como se sabe que o medo relacionado ao tratamento é multifacetado, podendo ter causas diversas e não ser restrito ao ambiente odontológico, não há uma forma padrão para investigar o nível de medo. O ideal é que o paciente possa relatar livremente seus anseios e temores e o profissional precisa estar disposto a investir tempo no acolhimento do paciente temeroso. Ouvir, mostrar-se atento, tentar descobrir a causa do medo e planejar intervenções psicológicas e/ou farmacológicas, auxiliam a minimizar a ansiedade. Por último, o autor refere à importância de estudos em que o sujeito é o seu

próprio controle, isto é, que comparam as diferentes reações produzidas por intervenções específicas em um mesmo sujeito, ao longo do tempo.

CHEN & DWORKIN (1983) encontraram fortes evidências de que variáveis psicológicas, tais como o desenvolvimento de uma expectativa positiva no paciente, influenciam a analgesia. Estes pesquisadores concluíram que os efeitos do tratamento farmacológico podem ser melhorados pelas técnicas psicológicas de manejo do paciente.

POSSOBON (2000) avaliou a eficácia do emprego do diazepam a 0,3 mg/Kg de peso, associado à estratégias psicológicas de manejo do comportamento no controle de crianças não-colaboradoras. Os resultados mostraram que o medicamento na dose utilizada foi eficaz para controlar os comportamentos de apenas um participante, sendo que os demais necessitaram da utilização da estratégia de restrição física (realizada pela mãe e pela auxiliar da dentista) para a execução dos procedimentos. Entretanto, após o uso desta estratégia, houve uma melhora gradual nos comportamentos de colaboração e na interação dentista-criança e o tratamento foi plenamente realizado. Isto pode significar que, para algumas crianças, o enfrentamento obrigatório da experiência odontológica pode ser uma estratégia necessária em casos de forte resistência e rebeldia, nas circunstâncias em que sua saúde bucal apresenta-se muito comprometida.

THOM *et al.* (2000), embora não tenham associado as abordagens psicológica e farmacológica, compararam as reações de pacientes submetidos a uma ou outra intervenção. Os autores trataram cinquenta pacientes adultos temerosos, que necessitavam de exodontia, divididos em três grupos: grupo de psicologia (que fez relaxamento progressivo diariamente, por uma semana, até o dia agendado para a cirurgia), grupo de tratamento farmacológico (que recebeu 0,18 mg de Midazolam/Kg de peso, 30 minutos

antes da intervenção) e grupo controle. Os resultados mostraram que o tratamento psicológico foi significativamente mais eficaz para controlar a ansiedade do paciente do que o tratamento farmacológico. Minutos antes da cirurgia, os pacientes dos grupos experimentais mostravam-se menos ansiosos do que os pacientes do grupo controle, sendo que o grupo que recebeu a medicação apresentava menor frequência cardíaca, demonstrando os efeitos da medicação sobre aspectos fisiológicos da ansiedade. No dia posterior à cirurgia, o grupo de psicologia mostrou taxas ainda menores de ansiedade e, embora não significativa, menor do que o grupo de farmacologia. A ansiedade estava ainda menor uma semana depois para o grupo de psicologia, sendo que, para os outros dois grupos, a taxa de ansiedade era a mesma do dia seguinte à cirurgia. Os autores avaliaram, também, a influência destas estratégias sobre os comportamentos de esquiva do paciente ao longo do tempo. Continuaram o tratamento 70% dos pacientes do grupo de psicologia, 20% dos pacientes do grupo que recebeu Midazolam e 10% dos pacientes do grupo controle. Estes dados evidenciam a importância de se preparar o paciente para enfrentar a situação de tratamento e reforça a idéia de que, se a intervenção psicológica não é capaz por si só de eliminar a ansiedade e o medo do paciente, ao menos torna as sensações menos desagradáveis e o auxiliam a controlá-las.

DWORKIN (1985) também acredita que, ensinar ao paciente técnicas de auto-controle de ansiedade pode melhorar a sua habilidade para enfrentar o tratamento, uma vez que a ansiedade intensifica a percepção de dor e o paciente tende a perceber a situação mais aversiva do que realmente é e se esquiva de futuros tratamentos. O autor defende a realização de pesquisas integrando as abordagens farmacológica e psicológica, justificando o fato de que os efeitos da droga não se devem apenas a ação do seu princípio ativo, mas

dependem de fatores psicológicos que podem agir contra a ou a favor da substância ativa, podendo causar reações diversas daquelas esperadas.

O efeito do óxido nitroso sobre a sedação com diazepam foi testado em crianças por HOUPPT *et al.* (1996). Os autores investigaram se crianças tratadas com Diazepam, na dose de 0,5 mg/Kg de peso, associado com o gás sedativo, apresentavam menos movimentos de corpo e cabeça e menos choro do que quando eram tratadas com o Diazepam exclusivamente. Os resultados mostraram melhores taxas de colaboração nas sessões com óxido nitroso em 56% do tempo. Os sinais vitais mantiveram-se praticamente inalterados nas sessões com óxido nitroso, exceto por uma ligeira elevação da pulsação e da frequência respiratória durante a instalação do abridor de boca, a realização da anestesia e a colocação do isolamento absoluto. Os autores concluíram que o óxido nitroso pode aumentar os efeitos do Diazepam, embora não de maneira uniforme para todas as crianças.

O paciente frente às estratégias de manejo do comportamento

Em relação ao cuidado na escolha da abordagem farmacológica e/ou comportamental, WEINSTEIN & NATHAN (1988) deixam claro que é importante considerar não somente fatores relacionados ao profissional, tais como as habilidades do dentista em usar determinada estratégia, seu maior conhecimento sobre certos grupos de drogas e a questão da relação custo-eficácia, mas também a aceitação do paciente.

BERGE (1999) avaliou a aceitação do óxido nitroso para a sedação de crianças e adultos submetidos a cirurgias odontológicas. O autor avaliou 241 sessões de 194 pacientes, com idade entre 3 e 46 anos, submetidos a diversos tipos de procedimentos cirúrgicos. Os pacientes foram classificados como temerosos e indicados para receberem sedação devido a quatro fatores: imaturidade para aceitar o tratamento, ansiedade e

apreensão geral, ansiedade e medo devido a experiências médicas e/ou odontológicas desagradáveis prévias e medo da agulha da injeção anestésica. Os pacientes recebiam uma dose de óxido nitroso ajustada para cada paciente. Uma vez sedado, o paciente recebia anestesia bucal convencional e a cirurgia era realizada. Os resultados mostraram que 4,1% dos pacientes (10 pacientes com idades entre 8 e 24 anos) não aceitaram receber o gás, sendo que três deles concordaram em ser sedados na sessão subsequente, um decidiu submeter-se ao procedimento sem o sedativo, quatro foram encaminhados para a anestesia geral e dois desistiram do tratamento. Em 25 casos (10,4%), a cirurgia foi realizada, embora com alguma dificuldade relacionada aos insuficientes efeitos sedativos. Para a maioria da amostra (85,5%), o tratamento foi feito com sucesso. Para este autor, medidas devem ser tomadas no sentido de prevenir problemas de aceitação do gás. Ele sugere o emprego de ansiolíticos ou o encaminhamento para a anestesia geral. Neste estudo, os pacientes classificados como temerosos devido à experiências médicas e/ou odontológicas desagradáveis prévias, foram responsáveis pela maioria dos casos de insucesso. Segundo o autor, a expectativa de submeter-se a um procedimento esperado como doloroso e invasivo pode ter aumentado a apreensão e o medo e influenciado tanto a aceitação da técnica quanto o grau de sedação obtido. Este resultado enfatiza a importância da realização de práticas que preparem a criança para aceitar a situação de tratamento.

Na área de saúde geral, alguns trabalhos reconhecem as vantagens da preparação do paciente para receber o tratamento. Um destes trabalhos, realizado por COSTA Jr (2001), observou os comportamentos apresentados por 25 crianças com idade entre 4 e 10 anos, que passavam por tratamento de leucemia linfoblástica aguda, sendo submetidas a sessões de punção venosa para quimioterapia. Todas as crianças possuíam experiência com

procedimentos médicos invasivos. Na primeira sessão, a criança era atendida da maneira convencional. Antes da segunda sessão, a criança recebia a preparação para a punção venosa, por meio da simulação dos procedimentos, utilizando brinquedos que imitavam os materiais, aparelhos e equipamentos utilizados na situação de quimioterapia. Os resultados mostraram uma redução na manifestação de comportamentos que atrapalhavam a ação da equipe médica, da primeira para a segunda sessão, em torno de 17,5%. Houve redução, de pelo menos um comportamento concorrente, em mais de 80% dos pacientes. A análise dos resultados mostrou que a preparação do paciente, por meio da simulação da situação real, pode ser uma boa alternativa para diminuir e/ou impedir a instalação de comportamentos concorrentes à execução do procedimento invasivo.

Assim, com base nos relatos descritos acima, pretende-se investigar uma maneira de integrar abordagens psicológicas, que preparem a criança para aceitar o tratamento e minimizem a aversividade presente na situação odontológica, com abordagens farmacológicas, que atuem como agentes facilitadores à atuação do profissional.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Analisar os comportamentos de pacientes não-colaboradores durante o tratamento odontológico, na vigência do ansiolítico Diazepam, na dose de 0,5 mg/Kg de peso, associado a estratégias psicológicas de manejo do comportamento.

Objetivos Específicos

1. Investigar se, na dose empregada, a droga é capaz de aumentar o nível de colaboração da criança, permitindo a atuação plena do profissional;
2. Reconhecer padrões de comportamentos das crianças e do cirurgião-dentista, durante o tratamento odontológico, agrupando-os em categorias;
3. Avaliar os efeitos das estratégias psicológicas sobre os comportamentos dos participantes, estabelecendo relações funcionais entre os eventos do tratamento e os comportamentos das crianças, discutindo-os.

4. Contribuir com a discussão sobre intervenções comportamentais para o aumento da colaboração da criança durante o tratamento odontológico.

4. METODOLOGIA

O projeto deste estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba – UNICAMP, antes do início do seu desenvolvimento (Protocolo nº 104/2000).

4.1. PARTICIPANTES

Os participantes foram 10 crianças na faixa etária de 42 a 48 meses (3 anos e 6 meses a 4 anos), de ambos os sexos, sendo 4 meninas, que apresentaram comportamentos de não-colaboração em tratamentos odontológicos anteriores.

A amostra foi selecionada dentre o universo de crianças que são sistematicamente encaminhadas para tratamento odontológico no Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais - Cepae - FOP – UNICAMP, onde foi desenvolvido este trabalho. Estas crianças são encaminhadas pelos diversos Postos de Atendimento do

Serviço Odontológico Municipal de Piracicaba ou pelo Serviço de Atendimento de Urgência Odontológica (Plantão) da FOP, por apresentarem comportamentos que dificultam a realização do tratamento odontológico.

4.1.a) CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão dos participantes na amostra foram os seguintes:

1. Idade: Na faixa etária de 42 a 48 meses há uma grande incidência de comportamentos de não - colaboração, que dificultam e podem até impedir a realização do tratamento (ALLEN *et al.*, 1990). Estabeleceu-se um limite de 6 meses na faixa etária dos participantes para que, cronologicamente, todos estivessem passando pela mesma fase de desenvolvimento.

2. Condição de saúde bucal: Os participantes deveriam apresentar o número mínimo de quatro molares cariados para que, em cada sessão, um dente recebesse o tratamento necessário (restauração). Com o intuito de padronizar o tratamento oferecido, além do número de dentes afetados, também foi considerada a gravidade da lesão cariosa, ou seja, só foram aceitas na amostra crianças com lesões de cárie que requeriam anestesia local para o tratamento. Isto significa que foram rejeitadas crianças com lesões de cárie incipientes ou que poderiam ser tratadas sem o emprego de anestesia (cavidades rasas, envolvendo apenas esmalte). Também não foram aceitas crianças que apresentavam somente cavidades muito

extensas e/ou profundas, que requeriam terapias pulpares e/ou exodontias. Os tratamentos mais complexos e/ou em dentes anteriores foram feitos nas sessões realizadas após a coleta dos dados.

3. Estado de saúde geral: Os participantes deveriam ter bom estado de saúde geral, não apresentando nenhuma contra-indicação para o uso do Diazepam, tais como miastenia grave e porfiria, quadros patológicos que tipicamente contra-indicam a utilização de benzodiazepínicos. Também foi investigada a presença de doenças respiratórias e cardíacas que predispuessem a criança a dificuldades respiratórias manifestadas durante situações potencialmente ansiogênicas. A amostra também não comportava crianças portadoras de distúrbios neurológicos ou atraso de desenvolvimento. A saúde da criança foi avaliada por meio da anamnese, com questões respondidas pela mãe.

4. História prévia de não - colaboração: Os participantes deveriam apresentar história de não-colaboração durante tratamentos odontológicos ocorridos, no máximo, até 6 meses antes do início deste estudo. Isto porque, num período de tempo superior a 6 meses, poderiam ter ocorrido mudanças comportamentais significativas, tornando a criança mais cooperativa. As crianças somente foram aceitas como participantes deste trabalho, após terem seus comportamentos avaliados pela pesquisadora, durante as duas primeiras consultas. A criança era considerada não - colaboradora e, portanto, incluída na amostra, caso não permitisse a realização de algum dos procedimentos planejados.

4.1.b) DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participante I

Criança do sexo feminino, com 43 meses de idade (3 anos e 7 meses) e pesando 17,500 quilogramas no primeiro dia de atendimento. Filha mais nova de pai almoxarife, 37 anos, com segundo grau completo e mãe secretária, 37 anos, com segundo grau incompleto. A irmã mais velha tinha 08 anos de idade e ficava na escola meio período. A paciente freqüentava uma Creche Municipal, período integral, desde 1 ano e 6 meses de idade, embora a mãe trabalhasse apenas 3 dias por semana. A mãe relatou que, nos outros dias da semana, ela cuidava das tarefas domésticas.

A criança foi descrita pela mãe como “obediente” e “independente”, dizendo que ela, por si só, realizava muitas das tarefas de auto-cuidado, tais como tomar banho e escovar os dentes.

O comportamento da criança e da mãe e a relação entre elas foram observados de maneira informal pela pesquisadora, enquanto aguardavam pelo atendimento, na Sala de Espera do Cepae. A mãe pareceu bastante carinhosa, mas, ao mesmo tempo, firme, em relação ao comportamento da filha, dizendo de forma clara o que ela poderia ou não fazer (Exemplo: a criança havia tomado um giz na mão e feito menção de riscar o assento da cadeira que estava ao seu lado, ao que imediatamente a mãe interveio, sem alterar o tom de voz, indicando que, na Sala, havia um quadro negro para ela rabiscar; a criança obedeceu de pronto e a mãe sorriu para ela, reforçando o seu comportamento.).

As duas conversavam muito e brincavam juntas na Sala de Espera. Durante as sessões de tratamento, a mãe demonstrava calma e segurança, pedindo a colaboração da filha.

O relato da história médica indicou um quadro de bronquite aos 08 meses de idade e um dia de hospitalização, aos 2 anos e 7 meses, devido a um episódio de convulsão, acarretado, segundo relato da mãe, por uma febre elevada causada por infecção de garganta. Nesta ocasião, foram realizados diversos exames, inclusive um eletroencefalograma, não sendo detectada nenhuma alteração física. Houve um segundo episódio de hospitalização, aos 3 anos e 1 mês de idade, para realização de cirurgia de remoção das tonsilas palatinas e da adenóide.

A história odontológica anterior foi relatada pela mãe: a criança participava de um programa preventivo e curativo de cárie, oferecido pela Prefeitura Municipal, desde os 10 meses de idade. Neste programa, a dentista realizava escovação dental da criança a cada 2 meses. Aos 2 anos de idade, a mãe percebeu a formação de manchas brancas (lesão inicial de cárie) nos dentes ântero-superiores. No consultório, a criança não colaborava com a realização da escovação, chorando e não abrindo a boca. Conforme a experiência com crianças atendidas no Cepae nesta faixa etária, tem demonstrado, o comportamento de não colaborar com a realização da escovação é bastante comum e, portanto, até esperado para crianças nesta idade.

Aos 2 anos e 6 meses, já apresentando várias cavidades de cárie nos dentes anteriores e posteriores, a dentista restaurou um dente ântero-superior, sem anestesia e com o uso do motor de baixa-rotação, sob contenção física feita pela mãe e pela auxiliar. Este atendimento foi bastante difícil, com a criança chorando muito e movimentando-se

bruscamente. A partir desta sessão, a dentista achou melhor não restaurar os outros dentes e somente continuar com as visitas a cada 2 meses para realização da escovação. Esta conduta fez com que o quadro de saúde bucal fosse agravado, aumentando a profundidade e o número de cavidades de cárie. Decorridos 12 meses (aos 3 anos e 6 meses), a criança sentia dor de dente espontânea e recusava alimentos consistentes. Por solicitação da mãe, que desejava a realização do tratamento curativo, a criança foi encaminhada para o Cepae.

A mãe acreditava que a criança não colaboraria com a dentista. Isto ficou claro quando, na terceira consulta, ao iniciar a realização dos procedimentos curativos, ela relatou à dentista que sua filha era muito resistente e que seria necessária a utilização de contenção física para a realização do tratamento.

Participante II

Criança do sexo masculino, com 3 anos e 7 meses de idade (43 meses) e pesando 15 quilogramas no primeiro dia de atendimento. O pai era garçom, tinha 33 anos de idade e havia estudado até a última série do 2º grau. A mãe era do lar, tinha 29 anos e concluíra o primeiro grau. Ele tinha um irmão mais velho, com 6 anos. Ambos permaneciam com a mãe período integral, uma vez que não freqüentavam escola ou creche. Segundo a mãe, o filho mais velho seria matriculado na escola no ano seguinte, pois já estaria completando 7 anos de idade. Porém, o filho mais novo, participante deste estudo, continuaria em casa, na presença da mãe, pois ela temia que, por ele ser muito jovem, poderia não se adaptar a um ambiente estranho (escola).

A mãe relatou ter muito medo de dentista e fez comentários a este respeito, diversas vezes, na presença do filho, mesmo após ser orientada pela pesquisadora para que não o fizesse.

Ao serem observados na Sala de Espera, notou-se que o garoto não era muito obediente. Em algumas ocasiões, após ter sido advertido pela mãe por algum comportamento inadequado, tais como subir na cadeira ou espalhar brinquedos pela Sala, ele continuava a comportar-se da mesma maneira e a mãe não fazia nenhuma outra intervenção para que o comportamento inadequado fosse interrompido. Questionada pela pesquisadora sobre como o filho comportava-se quando algo lhe era negado, ela respondeu que ele chorava muito, só parando ao ser ignorado por ela ou após ter seu desejo atendido. Ela relatou que, muitas vezes, satisfazia seus desejos quando ele parava de chorar, dizendo-lhe que, como ele havia parado de chorar, merecia ter seu desejo atendido.

Na última sessão de atendimento, a pesquisadora presenciou a seguinte cena: a criança chorava alto e sem lágrimas, pedindo por um carrinho de brinquedo. A mãe lhe disse que comprariam o brinquedo após a sessão. Ele gritou com a mãe, dizendo que, se não ganhasse o carrinho naquele momento, não queria mais. A mãe, parecendo bastante chateada, relatou à pesquisadora que sentia pena da criança. Parece que a mãe sentia-se culpada por estar “forçando” a criança a receber tratamento, uma vez que, para ela, a situação odontológica era extremamente aversiva.

A mãe parecia ser uma pessoa muito carente de atenção. Ao ser questionada sobre a saúde ou o comportamento do filho, ela relatava antes e com mais detalhes o seu próprio estado emocional e de saúde, dizendo que sentia que era muito permissiva com os filhos, e que não sabia agir de forma diferente. Ela relatou que escondeu da família, inclusive do

marido, a gestação desta criança até o 4º mês, porque passavam por problemas financeiros e ela achava que, mais uma criança, agravaria a situação. Segundo ela, o marido alegrou-se com a notícia e não fez nenhuma objeção ao fato de ser pai novamente. A pesquisadora orientou a mãe a procurar por atendimento psicológico no serviço público de saúde.

A história médica mostrou apenas resfriados leves e um quadro de anemia ferropriva aos 2 anos de idade, tratada com a ingestão de sulfato ferroso.

A criança passou por 6 visitas ao dentista, antes de ser encaminhada para tratamento no Cepae. A primeira visita ocorreu aos 2 anos e 8 meses de idade, num consultório particular de odontopediatria. Nesta sessão, a criança permaneceu numa mesa com brinquedos, não sendo levada ao consultório, e não permitiu que a dentista realizasse exame clínico, que seria feito enquanto a criança brincava na sala de espera. Na segunda sessão, 3 semanas após (2 anos e 9 meses), com a mesma dentista, a criança foi levada ao consultório, deitou na cadeira, mas não permitiu a realização do exame, chorando e movimentando-se na cadeira. A mãe foi convidada a retirar-se do consultório e permaneceu na sala de espera durante toda a sessão. A dentista realizou anestesia e parte do preparo cavitário, sob contenção física feita pela auxiliar, mas não concluiu os procedimentos porque a criança movimentava-se muito. A mãe relatou que a criança saiu da sessão parecendo assustada e que teve um sono bastante agitado na noite seguinte. Após este episódio, a mãe resolveu procurar por outro profissional, segundo ela, devido ao elevado custo do tratamento.

Assim, a terceira visita da criança ao dentista ocorreu 4 meses depois, aos 3 anos e 1 mês de idade, num consultório particular, com outra profissional especialista em odontopediatria. O paciente foi para o consultório acompanhado pela mãe. A dentista

examinou seus dentes rapidamente, mostrou o motor de baixa-rotação e encerrou a sessão. Um mês depois (3 anos e 2 meses), com a mesma dentista, ele recusou-se a entrar no consultório. Com o garoto sentado na mesa de brinquedos, a dentista aplicou corante de placa bacteriana, o que, segundo a mãe, o deixou muito irritado. Ele chorou, esperneou e recusou-se a escovar os dentes, voltando para a casa com os dentes corados. Na terceira e última tentativa com a mesma dentista, a criança deitou-se na cadeira odontológica no colo da mãe e abriu a boca por alguns segundos. Logo ficou irritado e começou a movimentar-se bruscamente, na tentativa de sair da cadeira. A sessão foi encerrada e a mãe não retornou ao consultório, novamente alegando não ter condições financeiras para bancar os altos custos do tratamento, pois a dentista cobraria pelas sessões em que ele não permitisse a realização do tratamento.

A mãe procurou por tratamento na Faculdade de Odontologia de Piracicaba. A criança passou por uma triagem para tratamento, aos 3 anos e 6 meses de idade. Com a criança em pé sobre a cadeira odontológica, agarrada à mãe e chorando muito, o exame clínico foi realizado parcialmente. Devido aos seus comportamentos, ele foi encaminhado para o Cepae.

Era notável a dificuldade da mãe em controlar os comportamentos da criança, estabelecendo limites. Pode-se inferir que, por ter sido uma gravidez não planejada e, no início, não desejada, a mãe sentia-se de alguma forma culpada e por isso comportava-se de maneira tão permissiva, principalmente porque a crença religiosa da família sugeria que ter filhos era uma dádiva de Deus e não deveria ser evitado. Além disso, ela tinha medo de receber tratamento odontológico e manifestou sua angústia e pena diante da criança durante

as sessões de tratamento no Cepae. O seu comportamento pode ter influenciado negativamente os comportamentos da criança.

Participante III

Paciente do sexo feminino com 3 anos e 11 meses de idade (47 meses) e pesando 20 quilogramas na primeira sessão. Filha única de pai ajudante geral (28 anos de idade) e mãe do lar (21 anos), ambos com primeiro grau incompleto. Permanecia em casa, na presença da mãe, período integral, pois ela achava que a criança era muito jovem para ir à escola.

Na Sala de Espera, a mãe permanecia a maior parte do tempo lendo revistas, enquanto a criança brincava no colchonete com alguns brinquedos ou com outras crianças. Não houve muita interação entre elas. Quando a pesquisadora as chamava para a consulta, a mãe a pegava pela mão e a levava, sem conversar com a criança. Mesmo durante a realização do tratamento, quando a dentista solicitava à mãe que conversasse com a filha no intuito de acalmá-la, ela permanecia calada ou, raras vezes, apenas a repreendia

rispidamente. Quando não era solicitada a sua intervenção, a mãe não conversava com a criança ou não a repreendia, nem mesmo quando ela apresentou comportamentos altamente agressivos contra a equipe odontológica. Ao contrário, a mãe parecia achar engraçada a atitude da filha, rindo quando ela comportava-se de maneira inadequada.

Durante a atividade lúdica, a mãe parecia divertir-se tanto ou mais do que a criança, com as histórias lidas pela dentista. A criança não mostrava nenhuma habilidade para segurar lápis de cor ou para manusear livros, embora reconhecesse algumas cores e nomes de animais. Ela também não seguia regras ou instruções fornecidas pela dentista. Entretanto, após a realização das sucessivas sessões de atividade lúdica, notou-se uma melhora na maneira como a criança manipulava os brinquedos, o que parece demonstrar que ela não recebia estímulos adequados para o seu desenvolvimento. Assim, a pesquisadora aconselhou a mãe a procurar uma escola ou creche para a filha, mesmo que em período parcial, para que ela recebesse mais estímulos e pudesse desenvolver suas habilidades sociais e motoras.

Ao término das sessões, durante a atividade lúdica final, a mãe penteava os cabelos da filha de forma brusca, e mesmo depois da dentista solicitar para que ela esperasse até o fim da atividade lúdica para fazer esta tarefa, esse comportamento se repetia na sessão seguinte.

A história médica mostrou um quadro de anemia ferropriva aos 3 anos e 6 meses de idade, tratada com sulfato ferroso. Ela também apresentava uma descamação crônica na sola dos pés, que estava sendo tratada com pomadas prescritas pelo farmacêutico do bairro. Questionada sobre o motivo de não ter levado a criança ao Posto de Saúde para ser consultada por um médico, a mãe respondeu que o farmacêutico era mais capacitado do que

o médico para resolver este tipo de problema de saúde. A pesquisadora orientou-a sobre a necessidade de uma consulta com um médico dermatologista.

A criança passou por duas sessões de atendimento odontológico antes de ser encaminhada para o Cepae. Na primeira visita, aos 3 anos e 5 meses, num Posto de Saúde, não permitiu a realização do exame clínico, chorando e movimentando-se. O dentista a encaminhou para um serviço odontológico voltado para crianças de pouca idade, oferecido pela Prefeitura Municipal. Aos 3 anos e 9 meses foi chamada para o tratamento. Nesta sessão, não deitou na cadeira, não abriu a boca, chorou e fugiu da sala de consulta. A dentista disse que a criança oferecia muitas dificuldades ao tratamento e sugeriu à mãe aguardar até que ela crescesse e apresentasse mudanças comportamentais. Assim, a criança permaneceu aguardando por quase 2 meses, até que foi encaminhado para tratamento no Cepae.

Participante IV

Participante do sexo masculino, com 3 anos e 7 meses de idade (43 meses), pesando 13,400 quilogramas no início do tratamento. Filho de pai motorista (37 anos) e mãe de prendas domésticas (35 anos), ambos com primeiro grau incompleto. Tinha 2 irmãos mais velhos: uma garota com 17 anos e um rapaz com 15 anos. Permanecia em casa período integral, com a irmã pela manhã e com a mãe no período da tarde. No período da manhã, a mãe cuidava dos afazeres domésticos e deixava para a filha os cuidados com a criança.

Em todas as sessões, a criança era acompanhada pela mãe e pela irmã, que permanecia na Sala de Espera durante as consultas. Na Sala de Espera, brincava com outras crianças ou com os brinquedos do colchonete, enquanto a mãe e a irmã liam revistas, mas

estavam sempre atentas para que ele não fizesse algo inadequado, como subir nas cadeiras ou sair da Sala.

A mãe relatou à dentista que tinha medo de dentista, mas que dizia para o filho que tratar os dentes era muito agradável. Este relato foi feito na ausência da criança, entretanto não se pode garantir que o mesmo comentário, em casa, não tivesse sido feito na presença do filho. Durante a anamnese, ela pareceu muito ansiosa em relação ao tratamento da criança e, por vezes, esqueceu informações a respeito da saúde da criança, tendo que solicitar a resposta à filha, alegando estar muito nervosa. Ela relatou que, por ele ser o filho mais novo, ela ficava muito ansiosa quando ele adoecia.

Durante a atividade lúdica, a mãe fazia intervenções a todo instante, repetindo as falas da dentista, como que para enfatizar as solicitações feitas por esta. O mesmo acontecia na cadeira odontológica, durante a realização do tratamento.

A história médica mostrou um quadro de icterícia ao nascimento, sanada por banhos de Sol, além de desidratação aos 8 meses de idade e a manifestação de anemia ferropriva por volta de 2 anos e 8 meses, tratada com sulfato ferroso.

A primeira visita da criança ao dentista foi um atendimento de urgência feito no Serviço de Apoio à Clínica do Cepae, aos 2 anos e 9 meses, devido a um quadro de pulpíte. Foi realizado tratamento endodôntico, com anestesia local, isolamento absoluto e uso do motor de baixa-rotação. A mãe esteve presente e auxiliou na contenção física. A criança foi encaminhada para um serviço odontológico oferecido pela Prefeitura Municipal voltado para crianças de pouca idade e só foi chamada para iniciar o tratamento 8 meses depois, aos 3 anos e 5 meses de idade. Após 2 sessões em que a criança chorou e não permitiu a realização do exame clínico, a criança foi novamente encaminhada para o Cepae.

A mãe parecia não saber manejar muito bem com o comportamento do filho. Algumas vezes, questionada sobre como ela lidava com o filho em casa, quando este comportava-se de forma inadequada, ela não forneceu explicações claras, parecendo não ter vivenciado nenhuma situação semelhante. Ela repetia constantemente a verbalização da dentista, que tentava controlar o comportamento do paciente, mas não introduzia elementos novos ou assuntos diferentes na conversa com a criança para tentar acalmá-lo. Parecia que ela ficava ansiosa demais e perdia o controle sobre a situação.

Participante V

Participante do sexo masculino, com 3 anos e 6 meses de idade (42 meses), pesando 16,500 quilogramas no primeiro dia de atendimento. Filho mais novo de pai motorista, com 38 anos de idade e primeiro grau completo e mãe de prendas domésticas, com 31 anos e primeiro grau incompleto. O irmão mais velho tinha 14 anos. A criança permanecia em casa, na companhia da mãe, o dia todo, pois não freqüentava escola ou creche.

Embora relatasse à dentista estar muito ansiosa, temendo que o filho não permitisse a realização do tratamento, a mãe não apresentava sinais comportamentais de medo ou ansiedade, parecendo estar calma e controlada durante as sessões.

A mãe mostrou ser bastante permissiva com o filho, especialmente em relação à alimentação, pois ele ingeria apenas leite na mamadeira e alimentos à base de carboidratos

e ricos em sacarose, tais como pão com leite condensado, bolachas recheadas e iogurtes, além de guloseimas como balas e pirulitos. No almoço, aceitava somente uma dieta bastante inadequada, a base de ovos fritos e refrigerante. Questionada pela pesquisadora e pela Nutricionista da Equipe do Cepae sobre o motivo que a fazia não oferecer alimentos mais saudáveis, tais como frutas, legumes e cereais, ela respondeu que ele não aceitava. Portanto, ela permitia que ele comesse o que desejasse porque, caso ela o proibisse, ele chorava e não comia nada, fato que a deixava aflita por acreditar que ele passaria fome. A alimentação estava inadequada não somente no conteúdo, mas também nos horários, pois era permitido à ele alimentar-se a qualquer hora, raramente respeitando horários de almoço e de jantar, por exemplo. Havia também sinais claros de indisciplina em relação aos horários de sono da criança, que costumava dormir entre 23 e 24 horas e acordava entre 9 e 10 horas da manhã, dormindo novamente das 13 às 19 horas.

Embora os outros participantes também apresentassem falhas na alimentação, ingerindo sacarose e carboidratos em demasia, em detrimento ao consumo de alimentos considerados mais saudáveis, este foi o caso considerado mais grave. Além disso, foi esta a mãe que se mostrou mais permissiva em relação à alimentação.

A mãe foi orientada pela pesquisadora e pela Nutricionista do Cepae a oferecer alimentos mais saudáveis, ricos em ferro e vitamina C, e a controlar os horários de sono da criança, para que ele pudesse dormir e acordar mais cedo e, assim, ter condições de receber alimentos em horários mais regulares.

Na Sala de Espera, a mãe permanecia o tempo todo lendo revistas, enquanto o filho ficava sentado numa cadeira ao seu lado ou brincava sozinho, utilizando os brinquedos da Sala. Alguns minutos antes do início das sessões, conforme orientação da dentista, a criança

era levada ao banheiro pela mãe. Nestas ocasiões, ela segurava-o pelas mãos e seguiam calados, devagar, acompanhando o ritmo de caminhada da criança.

Durante as consultas, este paciente pedia para ver o rosto da mãe e ficava mais tenso quando, devido à posição de trabalho da dentista, lhe era tapada a visão. Nestas circunstâncias, a mãe dizia frases tranquilizadoras, de forma calma, mostrando ao filho que ela estava presente, e acariciava suas mãos.

A história médica mostrou apenas um quadro de desidratação aos 15 meses de idade, tratada com soro caseiro. Houve também um episódio de catapora aos 3 anos. Durante a realização deste estudo, a criança estava sendo tratada de anemia ferropriva, com sulfato ferroso. Não havia episódios de hospitalização ou de tratamento médico invasivo.

A mãe relatou a história odontológica prévia: a primeira visita ao dentista ocorreu num Posto de Saúde, aos 3 anos e 3 meses, devido a apresentar várias cavidades de cárie percebidas pela mãe. Neste dia, ele permaneceu deitado tranquilamente na cadeira odontológica, na presença da mãe, enquanto o dentista examinava seus dentes, usando espelho e luz do refletor. Este exame durou cerca de 5 minutos e o dentista encaminhou o paciente para outro Serviço Odontológico, alegando que ele era muito jovem para ser tratado neste Posto e necessitava de um tratamento especializado.

Um mês após, aos 3 anos e 4 meses, a criança foi levada a outro Serviço Odontológico oferecido pela Prefeitura Municipal e, nesta sessão, em que não foi permitida a permanência da mãe dentro da sala de consulta, a dentista iniciou o preparo cavitário de um molar inferior, com o uso do motor de baixa-rotação, sem anestesia. Durante o procedimento, a criança chorou e fechou a boca, dizendo que estava sentindo dor. Após insistir por alguns minutos, a dentista fez uma restauração provisória e encerrou a sessão.

Na consulta seguinte, passados quinze dias, a criança começou a chorar assim que entrou na Sala de Espera. Desta vez, a dentista permitiu a entrada da mãe, uma vez que o garoto recusou-se entrar sozinho. Sentado na cadeira odontológica, continuou chorando e recusou-se a deitar, verbalizando que não queria tratar. A dentista, após insistir por alguns minutos, encerrou a sessão, dizendo que necessitava anestesiá-lo e que ele não deixaria. Assim, pediu à mãe que aguardasse o crescimento da criança e a melhora do seu comportamento. Ela aguardou por quase 2 meses, quando foi encaminhada ao Cepae.

Ao longo das sessões de tratamento, a mãe relatava que estava mais confiante e relaxada e que não ficava mais tão ansiosa como no início do tratamento. Ela conseguiu iniciar as mudanças no cardápio sugeridas pela Nutricionista, embora ainda não seguisse integralmente as recomendações. Parece que as informações sobre nutrição e comportamento que ela havia recebido, deixaram-na bastante preocupada e surpresa.

Participante VI

Paciente do sexo masculino, com 3 anos e 10 meses de idade (46 meses) e pesando 16,400 quilogramas no início do tratamento. Terceiro filho de pai operador de máquinas, com 28 anos e segundo grau completo e mãe de prendas domésticas, 26 anos e com primeiro grau incompleto. A criança permanecia em casa com a mãe e os irmãos (um menino com 6 anos e uma menina com 5 anos de idade), em período integral, pois as creches municipais só aceitavam receber filhos de mães que trabalhassem fora de casa, o que não era o caso. Portanto, as crianças só iriam para a escola do bairro ao completarem 7 anos de idade.

A mãe parecia ser muito calma e delicada com o filho. Ao ser observada na Sala de Espera, ela estava sempre sentada com ele no colchonete ou brincando no quadro negro.

Ela relatou que, em casa, ele era obediente, se comportava bem e que não precisava ser advertido muitas vezes. Segundo a mãe, seu filho não dava trabalho.

No começo do tratamento, o garoto era muito calado e parecia ser bastante tímido, escondendo o rosto no colo da mãe quando a dentista conversava com ele. Aos poucos, começou a interagir melhor com a dentista, que pôde perceber que a criança apresentava uma alteração leve de fala, prolongando as palavras. Avaliado pela Fonoaudióloga da Equipe do Cepae, constatou-se que este era um quadro comum entre crianças tímidas, semelhante a uma leve gagueira. A profissional orientou a mãe para que não corrigisse constantemente a criança, mas ensinasse algumas músicas para que ele, ao mesmo tempo aprendesse a pronunciar corretamente as palavras e perdesse a timidez. Além disso, a criança foi encaminhada a um serviço especializado em atendimento fonoaudiológico.

Em relação à saúde geral, o paciente apresentou um episódio de hospitalização por 2 dias, aos 2 anos de idade, devido a uma gripe muito forte. Teve também um quadro anêmico, tratado com alimentos ricos em ferro, aos 3 anos.

A história odontológica mostrou 2 sessões frustradas. Na primeira sessão, num Posto de Saúde, aos 3 anos e 5 meses de idade, a criança entrou no consultório com a mãe e o dentista pediu que ela o colocasse deitado na cadeira odontológica. Ele chorou e recusou-se a deitar. Por orientação do dentista, a mãe e uma tia que os acompanhava fizeram a contenção da criança para a realização do exame clínico. A mãe relatou que a contenção foi bastante difícil e que a criança gritou e movimentou-se bastante. Foi feito exame clínico superficial e agendada nova consulta, desta vez com outra dentista. Nesta segunda consulta (aos 3 anos e 6 meses), a criança começou a chorar ao chegar na sala de espera e não permitiu a realização do exame, pois a mãe, desta vez sem a presença da tia, não foi capaz

de conter seus movimentos. A criança foi encaminhada para o Cepae quase 4 meses após este episódio.

A mãe pareceu estar seguindo as orientações da Equipe do Cepae quanto aos hábitos de higiene bucal e às alterações na dieta, e também as instruções da Fonoaudióloga. Ela relatou que a criança parecia estar mais comunicativa, conversando com os irmãos e com outras crianças do bairro e que ele contava alegremente sobre suas visitas ao dentista.

Participante VII

Criança do sexo feminino, com 3 anos e 6 meses de idade (42 meses) e pesando 13,300 quilogramas no início do tratamento. Seus pais trabalhavam numa firma de consertos de aparelhos de refrigeração, na qual o pai (27 anos e com primeiro grau incompleto) era o técnico e a mãe (22 anos e com segundo grau completo) era a balconista, num trabalho de meio expediente. Filha mais velha (tinha um irmão com 8 meses de idade), não freqüentava escola ou creche e ficava em casa com a mãe no período da manhã e com a babá no período da tarde.

A mãe parecia bastante atenciosa com a filha e mostrava-se alegre e atenta na Sala de Espera. As duas aguardavam pela consulta brincando no colchonete e a mãe conversava com a filha numa linguagem bastante infantilizada, como se estivesse lidando com um bebê. Ela relatou que a criança era obediente em casa somente se a tratassem com carinho, pois falar com ela de forma mais impositiva, a deixava irritada e ela não obedecia.

Muitas vezes, ao longo do tratamento, a mãe verbalizava sentir pena da filha por estar passando pelo tratamento, dizendo frases do tipo: “*coitadinho do meu bebê!*”. Entretanto, a mãe colaborava, contendo os movimentos da filha de forma adequada, quando a dentista solicitava a sua participação.

A história médica mostrou uma crise de bronquite aos 18 meses de idade, um quadro de anemia ferropriva aos 2 anos e 6 meses, que foi tratada com alimentos ricos em ferro, uma vez que a criança não aceitava medicamentos, além de uma verminose aos 2 anos e 10 meses.

As duas primeiras visitas da criança ao dentista ocorreram num consultório particular. Na primeira consulta, aos 3 anos e 1 mês de idade, a criança foi examinada deitada no colo do pai e contida por ele. A dentista fez exame clínico, mas não realizou nenhuma intervenção porque a criança estava chorando muito. Na segunda consulta, um mês depois, a mesma dentista realizou anestesia e remoção parcial da cárie de um molar inferior, com a criança no colo da mãe, sob contenção feita pela mãe e pela auxiliar. A dentista encerrou a sessão sem remover todo o tecido cariado, deixando a cavidade aberta, alegando que a criança era impossível de ser tratada sem anestesia geral. Orientou a mãe a procurar por tratamento na Faculdade de Odontologia de Piracicaba (FOP).

Após 60 dias, aos 3 anos e 4 meses de idade, a criança passou por uma triagem para tratamento na FOP e, como não permitiu a realização do exame clínico, seus dados foram registrados para que ela fosse encaminhada posteriormente a outros serviços. Entretanto, na mesma semana, a criança apresentou um quadro de pulpite, que persistiu por 2 dias. A mãe ofereceu analgésicos por conta própria, mas como a dor não cessava, ela procurou novamente pelo Serviço Social da FOP, que a encaminhou para atendimento no Serviço de

Apoio à Clínica do Cepae. Neste mesmo dia, foi realizado o tratamento endodôntico do mesmo dente que havia sido deixado aberto, com a criança sob contenção física feita pela mãe e por uma auxiliar, com o uso de anestesia local e isolamento absoluto. Dois meses após a ocorrência deste episódio, a criança foi recrutada pela pesquisadora para ter seus comportamentos avaliados e participar deste estudo.

Ao longo das sessões, a mãe mostrou sentir bastante segurança na Equipe odontológica e colaborou plenamente com o tratamento. Ela relatou que, em casa, a criança havia ficado mais dócil durante a escovação e que comentava sobre as brincadeiras feitas durante a atividade lúdica.

Participante VIII

Paciente do sexo feminino, com 3 anos e 7 meses de idade (43 meses), pesando 15,500 quilogramas no início do tratamento. Filha de pai lavrador (41 anos de idade) e mãe de prendas domésticas (31 anos), ambos com primeiro grau incompleto. Tinha uma irmã e um irmão com 13 e 10 anos de idade, respectivamente. Permanecia em casa com a mãe em período integral.

A pesquisadora observou mãe e filha na Sala de Espera e pôde perceber que ambas eram muito caladas. A mãe permanecia sentada numa das cadeiras da Sala, observando a filha que brincava no colchonete ou no quadro negro. A criança brincava com os brinquedos, em especial com uma boneca de plástico, e não interagia com as outras crianças da Sala.

Embora durante o preenchimento da Ficha de Dieta contida na anamnese não tenha sido relatada a presença de amamentação natural, a criança pediu para mamar no peito da

mãe em duas ocasiões, na presença da pesquisadora, ao que a mãe não respondeu e fingiu não ter entendido. Questionada sobre o fato, ela disse que, às vezes, a criança lembrava do peito e pedia para mamar, mas que ela sempre negava (segundo ela, a amamentação natural havia sido suspensa aos 2 anos de idade). Entretanto, embora esta seja uma inferência, acredita-se que a amamentação ainda ocorria de forma regular, uma vez que criança havia se irritado muito quando a mãe não permitiu seu acesso ao peito.

A mãe, nas poucas vezes em que sorriu, mostrou uma saúde bucal bastante comprometida, com ausência de vários dentes e cavidades de cárie evidentes. Ela relatou que, em sua cidade, era difícil conseguir tratamento odontológico porque, na Rede Municipal, havia apenas três dentistas e a população infantil tinha prioridade no atendimento.

A criança não interagiu com a dentista e, em muitas ocasiões, ficava olhando para a ela sem responder às suas perguntas. A mãe também não conversava, apenas respondia às perguntas da dentista, muitas vezes em monossílabos. Durante a realização do atendimento, ela permanecia calada, mesmo quando, na mesma situação, outras mães solicitavam calma aos filhos.

A história médica mostrou dois episódios de desidratação, aos 5 e aos 24 meses de idade, sendo que, da segunda vez, houve necessidade de hospitalização por dois dias. Também apresentou um quadro de anemia aos 2 anos e 6 meses, detectada pelo médico apenas por exame físico. Não houve a prescrição de dietas especiais ou de sulfato ferroso.

A primeira visita da criança ao dentista ocorreu aos 2 anos e 6 meses, quando ela apresentava-se com o rosto edemaciado e com dor. O dentista de um consultório particular deitou-a na cadeira odontológica e realizou inspeção visual, prescreveu antibiótico e

dispensou a paciente, dizendo que o medicamento faria desaparecer o inchaço e a dor. Nesta sessão, a criança chorou um pouco, mas não ofereceu resistência.

Passados 8 meses, aos 3 anos e 4 meses de idade, a criança foi levada pela mãe ao Posto de Saúde de sua cidade. O dentista levou mãe e filha para o consultório, mas ela não saiu do colo da mãe, chorando e agarrando-se a ela. Mesmo no colo da mãe, ela não abriu a boca e o dentista encerrou a sessão sem realizar o exame clínico. Após 3 semanas (3 anos e 5 meses de idade), no mesmo Posto de Saúde, desta vez com outra dentista, a criança foi colocada na cadeira, mas novamente não permitiu a realização do exame clínico, movimentando-se bruscamente e gritando muito. Foi feita uma nova tentativa, na semana seguinte, mas a dentista encerrou a sessão sem sucesso, após ter sido agredida fisicamente pela criança. Passados quase dois meses, a paciente foi encaminhada ao Cepae, pois a dentista recusou-se a atendê-la novamente.

Foi difícil perceber se as instruções sobre dieta e higiene bucal estavam sendo regularmente seguidas, uma vez que a mãe era bastante calada. De fato, ela não mostrava-se muito interessada nas informações sobre prevenção fornecidas pela equipe do Cepae.

Ao término do tratamento, a mãe foi orientada a procurar pelo Serviço Odontológico Municipal de sua cidade, a fim de garantir a vaga da criança. Ela levava consigo uma carta de encaminhamento, que continha informações sobre o tratamento que estava sendo realizado no Cepae e algumas orientações sobre como conduzir o comportamento da criança. A intenção era a realização de procedimentos preventivos, uma vez que o tratamento curativo havia sido realizado no Cepae. Decorridos 6 meses do encaminhamento, soube-se que a mãe ainda não havia procurado pelo Serviço.

Participante IX

Paciente do sexo masculino, com 3 anos e 10 meses de idade (46 meses), pesando 16,500 quilogramas na primeira sessão de atendimento. Filho de pai encanador (24 anos) e mãe faxineira (28 anos), ambos com primeiro grau incompleto. Tinha um irmão com 5 anos e uma irmã com 6 meses de idade. Frequentava uma Creche Municipal, período integral, desde os 2 anos de idade.

No início do atendimento, a mãe trabalhava 3 dias por semana como lavradora no corte de cana e mais 2 dias como faxineira em casa de família, até que foi selecionada para trabalhar como faxineira em um clube social da cidade. Nas horas de folga, ela vendia roupas em sua casa.

A observação, na Sala de Espera, mostrou uma mãe bastante calma e atenciosa, que brincava e divertia-se, sentada no colchonete com o filho. A todo instante, ela parecia estar ensinando algo para ele, ora perguntando as cores dos brinquedos, ora ensinando-o a desenhar no quadro negro. Embora com baixo grau de instrução, ela mostrava-se bastante educada e polida. Em algumas ocasiões, quando a dentista anunciava que a sua auxiliar

(uma dentista da Equipe do Cepae) iria entrar no consultório para ajudá-la, o garoto chorava e verbalizava que não gostava da outra dentista. A mãe imediatamente o advertia, de forma calma, mas firme e fazia elogios à equipe odontológica. Nos momentos em que a criança mostrava-se resistente ao tratamento, a mãe solicitava sua cooperação, lembrando-o de que ele havia prometido colaborar, mostrando que, em casa, ela conversava com a criança sobre o tratamento, no intuito de melhorar o seu comportamento. Ela pareceu ser bastante disciplinada em relação aos filhos e relatou que as orientações sobre prevenção recebidas no Cepae estavam sendo úteis para toda a família e que já havia instituído algumas alterações na alimentação dos filhos.

A criança mostrou-se muito interessada nos brinquedos e nos livros apresentados durante a atividade lúdica, conversando muito com a dentista e participando ativamente das brincadeiras.

A história médica mostrou um quadro de anemia ferropriva, aos 2 anos e 6 meses de idade, tratada com sulfato ferroso. A criança também foi acometida por catapora e verminose aos 3 anos de idade. Além disso, houve dois episódios de hospitalização: aos 18 meses, devido a uma desidratação e aos 2 anos e 3 meses, para submeter-se à cirurgia de reparação de uma fratura no braço, causada por uma queda na Creche. Nesta ocasião, a criança permaneceu 14 horas com a mãe, na sala de espera do hospital, aguardando vaga para internação, sem receber medicação analgésica. Ela relatou que o comportamento da criança foi excelente, pois ele não chorou e dormiu numa cadeira, com a cabeça em seu colo, a noite toda.

Antes de ser encaminhada para tratamento odontológico no Cepae, a criança passou por 10 sessões de tratamento, num programa voltado para crianças de pouca idade,

oferecido pela Prefeitura Municipal. As 3 primeiras visitas aconteceram quando a criança tinha entre 3 anos e 2 meses e 3 anos e 4 meses de idade. Nestas sessões, com intervalos quinzenais e duração média de 20 minutos, durante as quais foi permitida a permanência da mãe no consultório, a dentista realizou apenas exame clínico, usando espelho intra-bucal e ar da seringa tríplice, com a colaboração plena da criança.

Na quarta sessão de atendimento, desta vez acompanhado pela avó materna, pois a mãe havia dado à luz, a dentista realizou anestesia de um molar inferior, ao que a criança reagiu negativamente. Ele chorou, tentou sair da cadeira e foi contido pela avó e pela auxiliar, para que a dentista realizasse o preparo cavitário e a restauração.

Na quinta sessão, aos 3 anos e 4 meses de idade, a criança chegou ao consultório chorando, acompanhado pela mãe e pelos avós maternos, não deitou-se na cadeira e não permitiu a realização do exame clínico. Foi contido pelos avós, com a mãe presente (ela relatou que ainda estava de dieta pós-parto e, portanto, não podia fazer força) e a dentista fez a remoção parcial do tecido cariado de todas as cavidades (adequação do meio bucal), selando as cavidades com material restaurador provisório. A dentista pediu para que a criança fosse acompanhada nas sessões seguintes apenas pela avó, pois ela achava que a criança não colaborava devido a presença da mãe, sem se dar conta de que os comportamentos de não – colaboração começaram a ser manifestados numa sessão em que a mãe não estava presente.

E foi assim que, da sexta à décima sessão, a criança foi contida pela avó e realizou-se parte do tratamento. A avó relatou que a dentista falava alto com o paciente e fazia ameaças, tais como, solicitar a presença de um dentista do sexo masculino com muita força para segurá-lo, caso ele não colaborasse. A criança saía da sessão aparentando cansaço,

chorando muito e, nestes dias, não se alimentava e não dormia da maneira habitual. As sessões eram agendadas com intervalos de 2 ou 3 semanas, pois a dentista alegava que ela cansava-se muito ao atendê-lo e, por isso, necessitava de mais tempo entre as sessões. As duas últimas consultas agendadas foram canceladas pela dentista, que alegou falta de vaga na agenda, até que a criança, aos 3 anos e 10 meses, foi encaminhada para tratamento no Cepae.

Participante X

Criança do sexo masculino, com 4 anos de idade (48 meses), pesando 15,500 quilogramas no início do tratamento. Filho único de pai pedreiro, com 27 anos de idade e primeiro grau incompleto e mãe faxineira, com 23 anos e primeiro grau completo. Permanecia em casa, na presença da tia materna, período integral.

Na Sala de Espera, mãe e filho mostraram-se bastante unidos, com a mãe brincando em várias sessões com a criança, sentados juntos no colchonete. Ela relatou que, à noite, na volta do trabalho, mesmo estando cansada, brincava com o filho por alguns minutos, pois ele reclamava quando ela não lhe dava atenção. Só então ela o deixava brincando sozinho e realizava suas tarefas domésticas.

A mãe pareceu bastante atenciosa em relação à saúde do filho, fazendo perguntas à dentista sobre prevenção e ansiando pelo tratamento de um dente que já havia causado dor.

A criança não mostrava habilidade para segurar lápis de cor e para desenhar, mesmo objetos simples, tais como uma bola, parecendo receber pouco estímulo para a aprendizagem de tarefas de fácil execução para crianças da mesma idade. Ele confundia as cores e não sabia o nome de diversos animais, mesmo daqueles comuns no ambiente

doméstico. A dentista orientou a mãe à comprar lápis de cor e papel para a criança brincar e ela respondeu que nunca havia pensado que ele pudesse gostar e que providenciaria a compra.

A história médica mostrou bom estado de saúde, apenas com alguns episódios de resfriado comum e uma febre alta devido a infecção de garganta aos 2 anos de idade.

A criança passou pela primeira consulta odontológica aos 3 anos e 6 meses de idade, num Posto de Saúde, onde foi levado pela mãe pois apresentava-se com dor. A dentista realizou exame clínico e selamento provisório do dente afetado, sem remover o tecido cariado. A criança esteve deitada na cadeira no colo da mãe e chorando muito. Foram prescritos analgésicos e antiinflamatórios. Após 3 meses, num Pronto Socorro Municipal, a criança recebeu o mesmo tipo de tratamento, pois o selamento provisório havia caído. Desta vez, apresentou um comportamento pior do que na sessão anterior, tendo de ser contido pela enfermeira e pela mãe.

O paciente foi encaminhado para um programa odontológico voltado para crianças de pouca idade, oferecido pela Prefeitura Municipal, sendo chamado para a primeira sessão um mês depois (aos 3 anos e 10 meses). Entretanto, durante 2 sessões ele não permitiu a realização do exame clínico, chorando e movimentando-se bruscamente. Assim, aos 3 anos e 11 meses de idade, foi encaminhado para tratamento no Cepae.

A mãe pareceu bastante calma e tranqüila ao longo das sessões. Ela fazia intervenções durante a manifestação de comportamentos de não-colaboração, pedindo ao filho que parasse de chorar ou conversando sobre assuntos que despertavam seu interesse. Ela relatou que ele estava alimentando-se melhor, inclusive ingerindo alimentos mais consistentes, desde que começou receber o tratamento no Cepae.

4.2. DELINEAMENTO EXPERIMENTAL

Todas as sessões de tratamento odontológico dos participantes deste estudo ocorreram num intervalo de tempo de 4 meses, ou seja, decorreram 4 meses da data da realização da primeira sessão de atendimento do primeiro participante até a última sessão do último participante.

Cada participante recebeu, de maneira duplo - cega, o ansiolítico Diazepam ou um placebo, sessenta minutos antes do início da sessão. O ansiolítico e o placebo foram manipulados em farmácia e cada frasco recebeu apenas um rótulo com a seguinte inscrição: "Droga A" ou "Droga B". A pesquisadora e suas auxiliares, a criança e seu acompanhante não sabiam qual dos frascos continha o princípio ativo do ansiolítico. A pesquisadora somente tomou conhecimento do conteúdo de cada frasco após a coleta dos dados, para se evitar a tendenciosidade na interpretação dos resultados.

Optou-se pelo uso da droga manipulada em forma de suspensão, em vez da droga de referência do grupo (Valium® - Roche), em comprimido, pois seria necessária a preparação de cada dose em balança de precisão. A pesagem desta droga, facilmente realizada no meio acadêmico ou para profissionais que têm acesso a laboratórios de pesquisa equipados com

balança de precisão, se tornaria um empecilho para o clínico que pretendesse usar a mesma metodologia em seu consultório. Além do mais, por ser manipulada em veículo xaroposo, após devidamente agitado (durante cerca de 60 segundos, imediatamente antes do uso), o volume medido era totalmente ingerido pela criança, ocorrendo o contrário quando o comprimido era macerado em água ou suco.

A administração da droga padrão foi testada em crianças atendidas no Cepae. Entretanto, por não ser solúvel em veículo aquoso, sempre havia uma sobra da medicação decantada no fundo do copo após a ingestão do líquido. O problema da decantação e, portanto, da não ingestão total da dose macerada, poderia ser contornado pelo uso de uma colher. Porém, muitas mães solicitavam o acréscimo de açúcar para facilitar a aceitação pela criança. Isto aumentava o volume do líquido a ser ingerido e tornava a administração em colher inviável.

O uso de seringas infantis também foi testado para a administração da droga. Entretanto, algumas crianças não a aceitaram, pois já conheciam a seringa, usada pela mãe para administrar vitaminas ou medicamentos em casa. Estas mesmas crianças não faziam objeções à medicação quando era oferecida em um copo e adoçada.

O conteúdo dos frascos “A” e “B” apresentava semelhança de sabor, cor, textura, consistência e odor. O sabor do princípio ativo foi totalmente mascarado pelo flavorizante sabor morango adicionado à fórmula. Nenhuma criança recusou ingerir o medicamento.

A suspensão foi manipulada na concentração de 0,1% (1mg/mL).

Os 10 participantes foram divididos aleatoriamente em dois grupos, designados grupo A e grupo B, cuja única diferença era a seqüência na administração da droga e do placebo. Esta divisão teve o objetivo de impedir que uma possível adaptação da criança ao

tratamento interferisse na análise dos resultados.

As crianças não ingressaram todas ao mesmo tempo na pesquisa, ou seja, elas foram inseridas nos grupos, por meio de sorteio, na medida em que iniciavam seu tratamento. Para realizar o sorteio, colocou-se, num envelope, cartões numerados de 1 a 10. Ao chegar um novo participante, a pesquisadora sorteava um cartão que determinava o seu número. Este cartão não voltava a fazer parte do universo de cartões do envelope. Isto significa que a ordem numérica não representa a seqüência em que os participantes foram atendidos.

Anotava-se o nome de cada participante na linha correspondente e, assim, a pesquisadora sabia qual seqüência de medicação deveria ser oferecida para cada criança.

O **Quadro I** apresenta um modelo do quadro utilizado pela pesquisadora, onde LB significa “Linha de Base”, ou seja, sessões em que a criança não recebeu nenhuma medicação. Nas sessões subseqüentes, a criança recebeu a droga A ou B, conforme a indicação.

Quadro I: Representação da planilha utilizada para identificação da seqüência de administração das drogas A e B para cada participante, após o sorteio.

Grupo	Participante	1ª Sessão	2ª Sessão	3ª Sessão	4ª Sessão	5ª Sessão	6ª Sessão
A	1. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	A	B	A	B
	2. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	A	B	A	B
	3. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	A	B	A	B
	4. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	A	B	A	B
	5. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	A	B	A	B
B	6. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	B	A	B	A
	7. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	B	A	B	A
	8. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	B	A	B	A
	9. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	B	A	B	A
	10. <i>Nome da criança</i>	LB	LB	B	A	B	A

LB = Linha de Base; A = Diazepam; B = Placebo.

A dose de Diazepam utilizada foi de 0,5 miligrama por quilograma de peso, administrada à criança nas dependências do Cepae, 1 hora antes do início da sessão. O placebo foi administrado em igual volume do Diazepam utilizado. A opção por esta dose foi feita após a experiência da pesquisadora, num estudo realizado para obtenção do grau de Mestre em Odontologia, onde foi testada a dose de 0,3 mg/Kg de peso, não apresentando resultados satisfatórios (POSSOBON, 2000). A literatura preconiza doses que variam entre 0,15 e 0,6 mg/Kg de peso (BADALATY *et al.*, 1990; GIOVANNITTI Jr, 1993).

A dose era medida numa seringa plástica e dispensada num copo descartável. Em seguida, adicionava-se igual volume de água e misturava-se com uma colher. Este copo contendo a medicação, e mais um copo plástico contendo água, era entregue à mãe para que ela administrasse a medicação. A mãe era orientada a agitar a mistura utilizando a colher, imediatamente antes de oferecer à criança e, em seguida, oferecer água, colocada no mesmo copo utilizado para oferecer a medicação, por duas vezes, evitando a permanência de resíduos do medicamento no fundo do copo. A pesquisadora supervisionava esta operação para garantir que todo o medicamento fosse ingerido. Em seguida, orientava-se a mãe sobre os cuidados com a criança, tais como não oferecer alimentos ou bebidas contendo álcool e não permitir a manipulação de instrumentos cortantes, durante as 30 horas seguintes à administração da droga. A mãe assinava um documento no qual constavam orientações sobre os cuidados com a criança, recebendo uma cópia deste documento (Anexo 1). Este procedimento foi realizado da terceira a sexta sessão, para todos os participantes.

Informações técnicas sobre o Diazepam podem ser encontradas no Anexo 2.

A solução anestésica utilizada foi a Lidocaína com adrenalina 1:100.000 (Alphacaïne®, da DFL). A cada sessão, era injetado apenas o volume contido em um tubete de anestésico, por meio de técnica infiltrativa sub-perióstica, sendo que por volta de 4/5 deste volume eram aplicados na face vestibular e o restante, na face lingual ou palatina, para impedir que a instalação do grampo utilizado no Isolamento Absoluto provocasse desconforto ao paciente.

4.2.a) LOCAL DA PESQUISA

Este trabalho foi conduzido nas dependências do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais - Cepae - FOP - UNICAMP.

A anamnese, a orientação sobre dieta e higiene bucal e a explicação sobre a pesquisa eram realizadas na Sala de Entrevistas e Orientação. Esta Sala é equipada com computadores, usados para o registro dos dados do paciente, e com uma mesa com cadeiras de tamanho infantil, além de brinquedos para o entretenimento da criança.

Ao chegar para atendimento, mãe e filho aguardavam pelo atendimento na Sala de Espera do Cepae. Esta Sala possui uma caixa com brinquedos, um colchonete sobre o qual as crianças podiam deitar ou sentar para brincar, uma mesa com cadeiras de tamanho infantil, um quadro negro com giz, revistas de entretenimento e cadeiras para os pais, além de um painel informativo onde são fixados cartazes com orientações sobre saúde.

Os atendimentos odontológicos foram realizados no Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA), que é composto por duas salas vizinhas: numa das salas funciona o

Consultório e na outra, a Sala de Observação. No consultório, além do equipamento odontológico convencional (cadeira com refletor e unidade auxiliar), há uma pia com espelho, utilizada para treino de escovação e uma mesa e cadeiras de tamanho infantil, utilizadas para a realização da atividade lúdica. A Sala de Observação é separada do Consultório por um espelho com visão uni-direcional, que permitiu a realização das filmagens e a observação dos atendimentos sem que as pessoas presentes no consultório enxergassem os observadores. Esta Sala está equipada com sistemas de áudio e vídeo-tape, compostos por uma câmera filmadora acoplada a um tripé, um monitor de televisão, uma mesa de som e um receptor de microfone.

4.2.b) PROCEDIMENTOS

As crianças foram encaminhadas para tratamento no Cepae, devido a apresentarem problemas de colaboração manifestados em tratamentos odontológicos anteriores. Ao chegar para a primeira sessão, explicava-se à mãe que seu filho poderia ou não ser selecionado para integrar a amostra. A mãe que autorizava a realização do exame clínico bucal e a observação dos comportamentos da criança, passava por uma entrevista inicial, realizada de maneira informal pela pesquisadora, com o intuito de conhecer a experiência odontológica da criança e avaliar se ela apresentava boa condição de saúde geral. Caso a criança apresentasse história de não-colaboração, ocorrida até seis meses antes da entrevista, além de não apresentar contra-indicações ao uso do ansiolítico. Caso não fosse selecionada, a criança seria encaminhada a outro serviço de atendimento odontológico. A pesquisadora descrevia para a mãe os procedimentos que seriam realizados naquela sessão (atividade lúdica inicial, exame clínico, aplicação de evidenciador de placa bacteriana e profilaxia), informando que a criança não seria forçada a colaborar, sendo

realizados apenas os procedimentos que ela permitisse. Pedia-se autorização por escrito à mãe para realizar o registro desta sessão em vídeo–tape, entregando a ela uma cópia do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa” (Anexo 3). Assinada a autorização, microfones de lapela eram acoplados à roupa da mãe e da dentista.

A pesquisadora exerceu a função de cirurgiã-dentista em todas as sessões.

A criança e sua mãe eram encaminhadas ao consultório pela dentista e sentavam-se nas cadeiras ao redor da mesa de atividade lúdica. A dentista mostrava um jogo de quebra-cabeça, ensinando e incentivando a criança a brincar. Este brinquedo era composto por quatro peças que se encaixavam duas a duas, formando dois desenhos: um dente sorrindo, segurando escova e fio dental, e um dente triste, segurando guloseimas. Este brinquedo, além de ser usado com intenção de iniciar a interação criança-dentista, também se prestava à orientar a criança sobre higiene bucal e dieta não–cariogênica e, ainda, incentivá-la a colaborar durante a sessão. A dentista dizia ao paciente que deixariam seus dentes mais saudáveis, escovando e passando o fio dental, e que ela o ensinaria como fazer isto, após olhar seus dentes na cadeira odontológica.

Após alguns minutos de atividades com o quebra-cabeça, a dentista mostrava à criança um frasco tipo Dappen contendo solução evidenciadora de placa bacteriana (corante a base de fucsina a 2%) e uma haste com ponta de algodão, explicando que aquela “tinta” seria passada sobre seus dentes para mostrar onde havia “*bichos da cárie*”. Em seguida, demonstrava-se a aplicação do corante nos dentes de um manequim, removendo com uma escova dental comum. Caso a criança permitisse, o corante era aplicado numa das suas unhas da mão, para mostrar que o procedimento não produzia desconforto. A dentista dizia

que a tinta sairia dos dentes quando ela passasse uma “*escova especial que fazia barulho e girava*”, fazendo referência à Escova de Robson acoplada no motor de baixa-rotação.

Após esta preparação, a criança era encaminhada para a cadeira odontológica e sua mãe, para uma cadeira ao lado. Os procedimentos planejados para esta sessão eram: exame clínico, utilizando luz do refletor, espelho intra-bucal, sonda exploradora e jato de ar da seringa tríplice; aplicação da solução envidenciadora de placa bacteriana; remoção do corante utilizando a Escova de Robson em baixa-rotação e fio dental; e aplicação tópica de flúor, utilizando pincel e roletes de algodão. Caso a criança não permitisse a realização de algum destes procedimentos, após tentar convencê-la durante 10 minutos, a sessão era encerrada. A criança que desejasse, poderia voltar para a mesa de atividade lúdica e brincar por mais alguns minutos com o quebra-cabeça. Caso a dentista não tivesse conseguido avaliar a condição bucal da criança, esta avaliação era feita por uma dentista da Equipe do Cepae, após o término da sessão, na Sala de Espera, enquanto a criança brincava e se distraía.

As crianças que se mostravam colaboradoras ou que não apresentavam os requisitos determinados para a inclusão na amostra, eram encaminhadas para outros serviços odontológicos.

Para as crianças selecionadas, esta era considerada a primeira sessão experimental. Portanto, após o encerramento da sessão, a pesquisadora informava a mãe sobre as exigências da pesquisa, tais como o uso da medicação, a realização da filmagem e a necessidade de comparecer pontualmente a todas as consultas.

A mãe respondia as questões da ficha de anamnese, que incluíam dados relativos à saúde geral, alimentação, uso de medicamentos, hábitos de higiene bucal, hábitos de sucção

não-nutritiva, entre outras. Em seguida, ela era incentivada a fazer um relato detalhado sobre os comportamentos apresentados pela criança em tratamentos odontológicos anteriores e recebia orientações sobre etiologia e prevenção de cárie e doença gengival.

Após o término desta sessão, pesava-se a criança, utilizando uma balança mecânica, pertencente ao Ambulatório Médico da FOP-UNICAMP, para o posterior cálculo da dose do medicamento.

Os procedimentos planejados para a segunda sessão eram os mesmos planejados para a primeira sessão, exceto em relação ao brinquedo utilizado na atividade lúdica. Na segunda sessão, eram utilizados dois fantoches: um representando o dentista e o outro, um dente com boca articulável. Além disso, havia também reproduções de instrumentos odontológicos, tais como pinça clínica, sonda exploradora e seringa para anestesia, entre outros. A dentista brincava com a criança, pedindo que ela escolhesse qual personagem gostaria de representar. O intuito desta atividade era mostrar à criança como deveria ser o seu comportamento durante o exame clínico. Para isso, ao representar o dente, enquanto a criança “examinava a boca” do fantoche, a dentista fazia o fantoche abrir e fechar a boca, movimentar a cabeça e esconder o rosto entre as mãos, dificultando o trabalho da criança. Então, ela perguntava à criança qual seria o comportamento correto e solicitava que ela ensinasse ao “dente” como comportar-se. Depois desta atividade, a dentista mostrava um novo brinquedo, explicando que este seria usado para brincar no final da sessão. Então, a criança era conduzida para a cadeira odontológica e a sessão transcorria tal como foi descrita para a primeira sessão. Caso a criança colaborasse e permitisse a realização plena de todos os procedimentos, ela era retirada da amostra e seu tratamento era conduzido pela equipe do Cepae.

Da terceira a sexta sessão, realizava-se o tratamento curativo.

Após receber a medicação, a criança aguardava por 60 minutos até o início do atendimento. Neste período, ela permanecia na Sala de Espera com sua mãe, brincando ou descansando no colchonete. Durante o período de espera, os comportamentos da criança e da mãe eram observados pela pesquisadora, de maneira informal, com o objetivo de investigar a relação entre ambas. Passados os 60 minutos necessários para o início da ação da droga, elas eram conduzidas ao consultório, para a realização do tratamento.

A sessão tinha início com uma atividade lúdica, utilizando livros com figuras de animais ou de estórias infantis, dominós ou quebra-cabeças. Após alguns minutos de atividade lúdica, a criança era convidada à ir para a cadeira odontológica, enquanto a mãe sentava-se ao seu lado.

Os procedimentos clínicos planejados para estas sessões foram: aplicação de anestésico tópico nas faces palatina ou lingual e vestibular, utilizando uma haste com ponta de algodão; injeção do anestésico; isolamento absoluto do dente a ser tratado; preparo cavitário, usando motor de alta e/ou de baixa-rotação e colher de dentina; restauração definitiva do dente, utilizando resina fotopolimerizável ou cimento de ionômero de vidro.

Caso a criança não colaborasse, impedindo a realização de algum procedimento, a dentista tentava convencê-la, explicando e mostrando os equipamentos e instrumentos que seriam utilizados, permitindo a manipulação destes objetos e pedindo sua colaboração para o tratamento. Decorridos 5 minutos, caso a criança ainda manifestasse resistência ao tratamento, a dentista solicitava a presença de uma auxiliar (uma dentista da Equipe do Cepae) e iniciava o tratamento sob contenção física feita pela mãe e, quando necessário, também pela auxiliar.

Em todos os momentos, mesmo naqueles em que foi necessário o uso de contenção física, a dentista utilizou outras estratégias de manejo do comportamento, tais como distração e elogio, descritas mais adiante.

Assim, cada participante recebeu tratamento odontológico durante seis sessões experimentais, com intervalos semanais, além das sessões adicionais necessárias para a conclusão dos tratamentos.

4.2.c) REGISTRO DOS DADOS

As sessenta sessões (seis sessões de cada um dos dez participantes) foram gravadas em vídeo-tape (VT). A câmera filmadora, posicionada na Sala de Observação, captava as imagens do consultório, através do espelho; os microfones de lapela, acoplados à roupa da mãe e da dentista, captavam o som da sessão, e tudo era registrado numa fita de VT. Ao terminar a sessão, o VT recebia marcas sonoras a cada 15 segundos, que sinalizavam os momentos em que, posteriormente, seriam feitos os registros dos comportamentos observados. A marcação sonora dos VTs exigiu a utilização de equipamentos específicos e foi realizado pelo Técnico em Imagem e Som da FOP - UNICAMP. Para a incorporação das marcas, uma fita cassete, denominada “fita bipada”, foi previamente preparada, gravando-se o som de um “bip” acionado a cada 15 segundos. A cada três “bips”, a voz de um locutor dizia o número correspondente ao minuto, até o minuto 90.

Após o VT ter sido “bipado”, a pesquisadora assistia da terceira à sexta sessão de cada participante, anotando numa planilha denominada “Folha de Registro” (Anexo 4), os

momentos em que iniciava e terminava cada procedimento clínico. Com as Folhas de Registro preparadas, começava o trabalho das assistentes de pesquisa, que faziam o registro de todos os comportamentos emitidos pela dentista e pela criança dentro de cada intervalo de 15 segundos. Eram anotados todos os comportamentos que ocorriam durante os 15 segundos do intervalo e não somente aqueles que ocorriam no momento em que soavam os “bips”. Os comportamentos emitidos pela dentista e pelos participantes estão descritos no item “Comportamentos Observados”, neste capítulo.

As assistentes de pesquisa foram duas psicólogas da Equipe do Cepae, previamente treinadas pela pesquisadora e calibradas entre si para a realização da observação e do registro dos dados. Para realizar a calibração, as duas observadoras assistiam uma sessão completa e faziam os registros dos comportamentos de forma independente. Terminada a sessão, assistiam novamente ao mesmo VT, desta vez pausando a fita ao final de cada bloco de procedimento. Neste momento, comparavam os registros feitos por ambas e discutiam sobre as discordâncias, revendo os momentos que haviam gerado dúvidas. Isto foi feito para 10 sessões, até que as discordâncias foram reduzidas a menos de 15% em cada sessão. Assim, garantiu-se a fidedignidade dos dados, com um índice de concordância superior a 85%. A partir de então, as observadoras passaram a fazer os registros de forma independente, assistindo à quinze sessões cada uma, totalizando as quarenta sessões de atendimento curativo. As sessões foram sorteadas entre as observadoras e assistidas numa ordem aleatória, sem respeitar a sequência da realização das sessões.

A primeira e segunda sessões de cada participante foi registrada por outro observador, também psicólogo da Equipe do Cepae, treinado para fazer o registro dos eventos ocorridos na sessão, minuto a minuto, descrevendo todos os comportamentos

emitidos pela pesquisadora e pelo participante, em forma de relato cursivo. O mesmo trabalho foi realizado por este observador em relação à atividade lúdica inicial e final, da segunda à sexta sessão.

A pesquisadora assistiu a todas as sessões, anotando de modo informal, informações que achava relevantes para a descrição das sessões e que pudessem não ser contempladas pelas categorias de comportamento preestabelecidas.

Após o registro dos comportamentos, os dados foram tratados de forma a propiciar a avaliação dos eventos ocorridos em cada sessão, durante procedimentos clínicos específicos.

4.2.d) PROCEDIMENTOS CLÍNICOS OBSERVADOS

As sessões de atendimento foram analisadas na sua totalidade, da entrada à saída da criança do consultório. Os procedimentos clínicos foram divididos da seguinte forma:

- Atividade lúdica inicial (AL): iniciava com a entrada da criança no consultório (início da filmagem) e terminava com a solicitação da dentista para que ela se encaminhasse para a cadeira odontológica;
- Cadeira Odontológica (CO): do momento em que a dentista solicitava à criança deixar a mesa de atividade lúdica até ela sentar-se na cadeira odontológica ou aproximar-se desta;
- Preparo (Pr): do momento em que a criança sentava-se na cadeira odontológica ou aproximava-se desta até o momento em que a dentista solicitava à ela abrir a boca para iniciar o primeiro procedimento. Englobou o tempo utilizado pela dentista para a sua paramentação com gorro, óculos, máscara e luvas;
- Exame Clínico (EC): do momento em que a dentista solicitava à criança deitar-se

ou abrir a boca para iniciar o primeiro procedimento até o momento em que iniciava a anestesia tópica. Englobou o tempo empregado pela dentista para convencer a criança a colaborar, quando ela recusava permitir a realização do exame clínico;

- Evidenciação de placa (EP): tempo utilizado para aplicação do corante;
- Higiene Bucal (HB): remoção de placa bacteriana, usando Escova de Robson acoplada no motor de baixa-rotação;
- Anestesia Tópica (AnT): do momento em que a dentista colocava o instrumento contendo anestésico tópico na boca da criança até o momento em que retirava o instrumento. Incluiu interrupções para colocar mais anestésico na haste de algodão, para usar o sugador, lavar a boca da criança, instalar o abridor de boca, etc.;
- Anestesia Injetável (AnI): do momento em que a dentista inseria a seringa na boca da criança até o momento em que depositava a seringa sobre a bancada de trabalho ou a entregava para a auxiliar, não voltando mais a usá-la. Incluiu interrupções para arrumar a criança na cadeira, para instalar o abridor de boca, etc.;
- Pausa (Pa): após a aplicação da Anestesia Injetável, era permitido à criança descansar por um tempo que variou de um a três minutos, permanecendo deitada ou sentada na cadeira odontológica ou indo para o colo da mãe. Este tempo era utilizado para preparar a criança para a realização dos procedimentos seguintes, mostrando à ela o material que seria utilizado, e também para aguardar o início dos efeitos do anestésico;
- Isolamento Absoluto (IA): tempo utilizado para a instalação do lençol de borracha;
- Preparo cavitário (Pc): do momento em que a dentista colocava o instrumento para remoção da cárie (colher de dentina, motor de alta ou de baixa-rotação) na boca da

criança até o início do selamento da cavidade;

- Restauração: do início da inserção do material restaurador até o início da remoção do isolamento absoluto;
- Final: incluiu a remoção do isolamento absoluto, o exame clínico final e a limpeza da boca com água da seringa tríplice e sugador;
- Atividade lúdica final: do momento em que a criança descia da cadeira odontológica e dirigia-se para a mesa de atividade lúdica até o encerramento da sessão.

4.2.e) COMPORTAMENTOS REGISTRADOS

1. CRIANÇA

A observação e registro dos comportamentos emitidos pelos participantes foram realizados com base na Escala OSDB (*Observational Scale of Distress Behavior*), proposta por JAY et al. (1983), modificada por COSTA Jr (2001) e adaptada para a situação odontológica. Os comportamentos foram agrupados em três categorias, descritas a seguir:

(a) Reação Física Intensa (RFI)

Englobou três padrões de comportamento que impediam o início ou interrompiam a atuação da dentista, dificultando e atrasando o tratamento, requerendo a utilização de contenção física. Foram eles:

- **Recusa**: quando a criança não permitia o início do atendimento, emitindo comportamentos como esconder o rosto com as mãos, virar-se de costas para o dentista, não

deitar-se, sair da cadeira, tampar a boca, cerrar os lábios, virar o rosto, etc. Em geral, ocorria nos cinco primeiros minutos após a criança ser levada para a cadeira odontológica;

- **Fuga:** quando a criança interrompia um procedimento por meio de um movimento brusco de cabeça ou de corpo, por exemplo, removendo o isolamento absoluto ou afastando a mão da dentista;
- **Resistência à contenção:** quando a criança, após não permitir a atuação da dentista, necessitando de contenção física para a realização do tratamento, exercia força física de resistência à contenção, tentando soltar as pernas ou braços que estavam contidos ou agredindo fisicamente a mãe ou a equipe odontológica. Em geral, eram movimentos de corpo que atrapalhavam a atuação do dentista.

(b) Reação Física e/ou Verbal Branda (RFVB)

Englobou comportamentos que demonstravam o estado de ansiedade da criança, mas não impediam a atuação da dentista:

- **Busca de informação:** questões formuladas pela criança sobre o tratamento, de forma calma e controlada (exemplos: “*vai demorar?*”, “*vai usar o ‘motorzinho’?*”);
- **Reclamação:** expressão verbal compreensível de medo ou apreensão; palavra ou frase referente à dor ou desconforto e solicitações para interromper o atendimento;
- **Choramingo:** choro (com ou sem lágrimas) ou gemidos de baixa intensidade, parecendo uma lamúria;
- **Movimentar-se de modo nervoso:** ações físicas pouco intensas e repetidas (por exemplo, apertar as mãos, esfregar os pés, balançar as pernas, etc.), quando a criança permite a realização do procedimento.

(c) Reação Verbal Intensa (RVI)

Comportamentos que, embora não impedissem a realização do tratamento, atrapalhavam a utilização de verbalizações da dentista para distrair a criança ou convencê-la a colaborar e tornavam a situação estressante tanto para a equipe odontológica quanto para o paciente e sua mãe:

- **Choro alto e/ou Gritos:** sons de alta intensidade, agudos e não verbais. Este comportamento diferiu de “choramingo” pela sua intensidade e, algumas vezes eram acompanhados de lágrimas, outras não.

2. CIRURGIÃ - DENTISTA

Os comportamentos emitidos pela dentista foram classificados com base nos achados de POSSOBON (2000) e SINGH (2001) e agrupados em três categorias:

(a) Direciona Comportamento (DC):

Verbalizações da dentista no intuito de familiarizar a criança com a situação de tratamento e convencê-la a colaborar. Englobou três padrões de comportamento:

- **Direção:** ordens e instruções sobre como deveria ser o comportamento da criança (Exemplo: “abra bem a boca para que eu possa ver seus dentes”)
- **Explicação:** explicações sobre o procedimento que seria realizado (Exemplo: “Agora vou passar uma pomada que fará sua gengiva dormir”);
- **Persuasão:** verbalizações da dentista para tentar convencer a criança a colaborar, oferecendo recompensas (um brinde ou a possibilidade de brincar após a sessão) ou usando

frases do tipo: “*ajude-me a cuidar dos seus dentes*” ou “*você quer que seus dentes fiquem mais bonitos?*”. Relacionava-se com a condição: quanto mais colaborasse, mais rápido realizava-se o tratamento e, portanto, mais tempo sobraria para a atividade lúdica final.

(b) Distrai, Tranqüiliza e/ou Elogia (DTE):

Verbalizações da dentista no intuito de melhorar ou manter a colaboração da criança, tentando deixá-la mais calma e relaxada. Englobou os seguintes padrões:

- **Distração:** a dentista conversava com o paciente sobre assuntos que não diziam respeito à situação odontológica, cantava músicas infantis ou contava estórias;
- **Tranqüilização:** perguntas sobre sentimentos e sensações da criança, agrados físicos (carinho nas mãos ou no rosto), instrução verbal para a realização de exercícios de respiração e uso de frases do tipo: “*Pronto! Já está acabando!*” ou “*Deixa seu corpo ficar bem solto!*”;
- **Elogio:** Uso de elogio por meio de frases do tipo “*parabéns, você está ajudando muito*” ou “*olha como ele fica bonito quando não está chorando*”, com o intuito de aumentar a frequência da manifestação de comportamentos colaborativos.

(c) Contenção física (CF): Contenção dos movimentos do corpo e/ou cabeça da criança feita pela mãe, pela auxiliar e/ou pela dentista, para permitir a realização do tratamento e impedir a ocorrência de ferimentos. Esta categoria somente foi considerada enquanto a criança apresentava movimentos que atrapalhavam a ação da dentista (“Resistência à contenção”).

4.2.f) TRATAMENTO DOS DADOS

Após o registro dos comportamentos ocorridos em todas as sessões de atendimento, calculou-se a frequência relativa de cada categoria de comportamento ocorrida em cada bloco de tempo. Cada bloco de tempo referiu-se a um procedimento clínico, como descrito no item “Procedimentos Clínicos Observados”, e continha um número variável de intervalos de 15 segundos, como ilustra o exemplo a seguir: “Anestesia tópica: iniciou no momento ‘5 minutos e 30 segundos’ e terminou no momento ‘7 minutos e 15 segundos’, portanto este bloco de tempo continha 11 intervalos de 15 segundos, ou seja, o “n” para realização do cálculo da frequência relativa dos comportamentos manifestados durante a anestesia tópica correspondeu a 11”.

A frequência relativa de cada categoria de comportamento foi obtida dividindo-se o número de intervalos em que a categoria havia sido registrada em um dado bloco de tempo (procedimento clínico) pelo número total de intervalos deste bloco de tempo, dividido por 100. Exemplo:

- ✓ Anestesia Tópica: $n = 11$ (o tempo de duração do procedimento foi de 11 intervalos de 15 segundos)
- ✓ Categoria de Comportamento “DC”: ocorreu em 6 intervalos de tempo dentro do bloco de tempo de Anestesia Tópica.
- ✓ $(6 / 11) \times 100 = 54,5\%$ (ou seja, o comportamento “DC” ocorreu em 54,5% do tempo do procedimento de Anestesia Tópica).

As frequências relativas foram inseridas em planilhas, no programa de computador EXCEL (versão 7.0), e deram origem aos gráficos apresentados no capítulo “Resultados e Discussão”. As planilhas possibilitaram também o cálculo das frequências por sessão para cada participante e a média para todos os participantes em todas as sessões.

As análises estatísticas foram feitas por meio de dois testes: (a) Wilcoxon pareado, que comparou as sessões Diazepam com as sessões Placebo, para cada categoria de comportamento, em cada procedimento, para os três procedimentos considerados mais aversivos, e (b) Friedman e comparações múltiplas não-paramétricas, que compararam os procedimentos entre si, nas sessões Diazepam e nas sessões Placebo, para cada categoria de comportamento da criança.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, estão apresentadas as seis sessões de cada um dos dez participantes (P1 a P10). Os Quadros numerados de 1 a 10 apresentam um resumo dos comportamentos apresentados por cada participante (P1 a P10), durante as rotinas odontológicas (ou procedimentos clínicos), em cada sessão. Em relação ao tratamento curativo (3^a, 4^a, 5^a e 6^a sessões), são citadas apenas as rotinas durante as quais houve maior frequência de comportamentos de não-colaboração e quais foram estes comportamentos. A frequência dos comportamentos foi classificada em baixa (quando ocorreu em menos de 25% do tempo de cada rotina), média (entre 25% e 75% do tempo) e alta (acima de 75%). Os detalhes relativos à frequência de cada categoria de comportamento, ao longo de cada rotina, podem ser vistos nas Figuras numeradas de 1 a 10, encontradas logo após cada Quadro.

As Figuras numeradas de 1 a 10 apresentam os gráficos de frequência relativa das categorias de comportamento de cada participante e da dentista, durante cada uma das quatro sessões em que ocorreu tratamento curativo. Do lado esquerdo da figura, estão indicados o número da sessão (3^a a 6^a), a medicação oferecida (Placebo ou Diazepam) e a designação “Criança” e “Dentista”, indicando a quem se refere cada gráfico.

O tempo de duração de cada procedimento é representado pelo “n”, que indica o número de intervalos de tempo de quinze segundos, isto é, o tempo total de duração de cada procedimento, em segundos, é igual ao valor de “n” multiplicado por quinze.

As rotinas odontológicas e as categorias de comportamento estão apresentadas nas Legendas 1 e 2, respectivamente, e descritas de forma integral no capítulo “Metodologia”.

Ao final da apresentação das sessões de todos os Participantes, há uma descrição da evolução das categorias de comportamento de cada Participante, ao longo das quatro sessões curativas (Figura 11), avaliando se houve melhora nos comportamentos ao longo das sessões. Uma análise semelhante é feita para as categorias de comportamento da dentista (Figura 12).

Em seguida, há a descrição da Figura 13, que contém os gráficos de frequências relativas médias de cada categoria de comportamento de todos os participantes durante as sessões Diazepam e as sessões placebo, comparando-as.

Neste capítulo, encontram-se também os resultados das análises estatísticas. Finalizando, há uma análise da relação entre as frequências relativas médias das categorias de comportamento apresentadas pelas crianças e pela dentista (Figuras numeradas de 14 a 22) ao longo de cada sessão. Estas Figuras apresentam os gráficos de frequências relativas médias das categorias de comportamento da criança (linhas cheias), comparadas com as categorias de comportamento da dentista (linhas pontilhadas), a cada sessão de tratamento curativo (3ª a 6ª).

5.1. APRESENTAÇÃO DAS SESSÕES

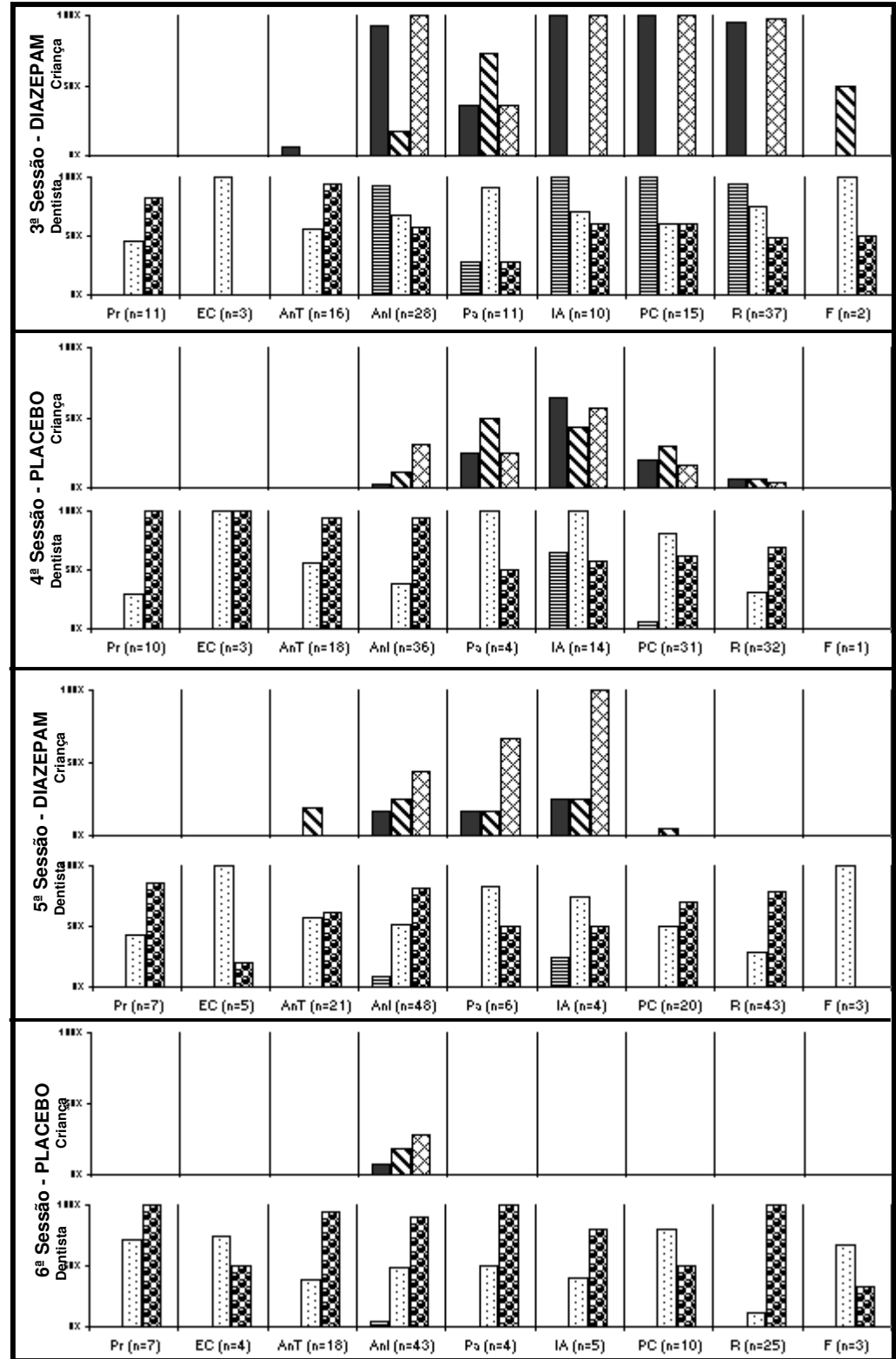
Quadro 1: Síntese dos comportamentos apresentados pelo Participante 1, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.

Sessão / Medicação	Rotinas odontológicas e comportamentos apresentados por P1
1ª Nenhuma	. Entrada: espontânea e alegre . AL: participativa e alegre . CO: hesitante; incentivada pela mãe . EC: completo; permitiu calmamente . EP: em apenas 2 dentes; reclamou; cerrou os lábios . HB: apenas nos dentes ântero-superiores; cerrou os lábios . AL: calma; participativa
2ª Nenhuma	. Entrada: espontânea e alegre . AL: participativa e alegre . CO: tranqüila . EC e EP: completo; permitiu calmamente . HB: apenas em alguns dentes; choramingou; cerrou os lábios . AL: calma; participativa
3ª Diazepam	. Entrada: reclamando e no colo da mãe . AL: participativa e alegre . CO: tranqüila; alegre, cantando músicas infantis para a CD . AnI, IA, Pc e R: alta frequência de RFI e RVI . AL: sem choro, recusou participar
4ª Placebo	. Entrada: tranqüila, segurando na mão da CD . AL: participativa e alegre . CO: espontânea . IA: frequência média de RVI, RFVB e RFI . AL: sem choro, recusou participar
5ª Diazepam	. Entrada: tranqüila, segurando na mão da CD . AL: participativa e alegre . CO: espontânea . IA: alta frequência de RVI . AL: calma; participativa
6ª Placebo	. Entrada: tranqüila, segurando na mão da CD . AL: participativa e alegre

	CO: espontânea AnI: baixa frequência de RVI, RFVB e RFI AL: calma; participativa
--	---

AL	Atividade lúdica	AnI	Anestesia injetável
CO	Cadeira Odontológica	IA	Isolamento absoluto
EC	Exame clínico	Pc	Preparo cavitário
EP	Evidenciação de Placa	R	Restauração
HB	Higiene bucal	CD	Cirurgião - dentista

RVI	Reação Verbal Intensa
RFI	Reação Física Intensa
RFVB	Reação Física e/ou Verbal Branda

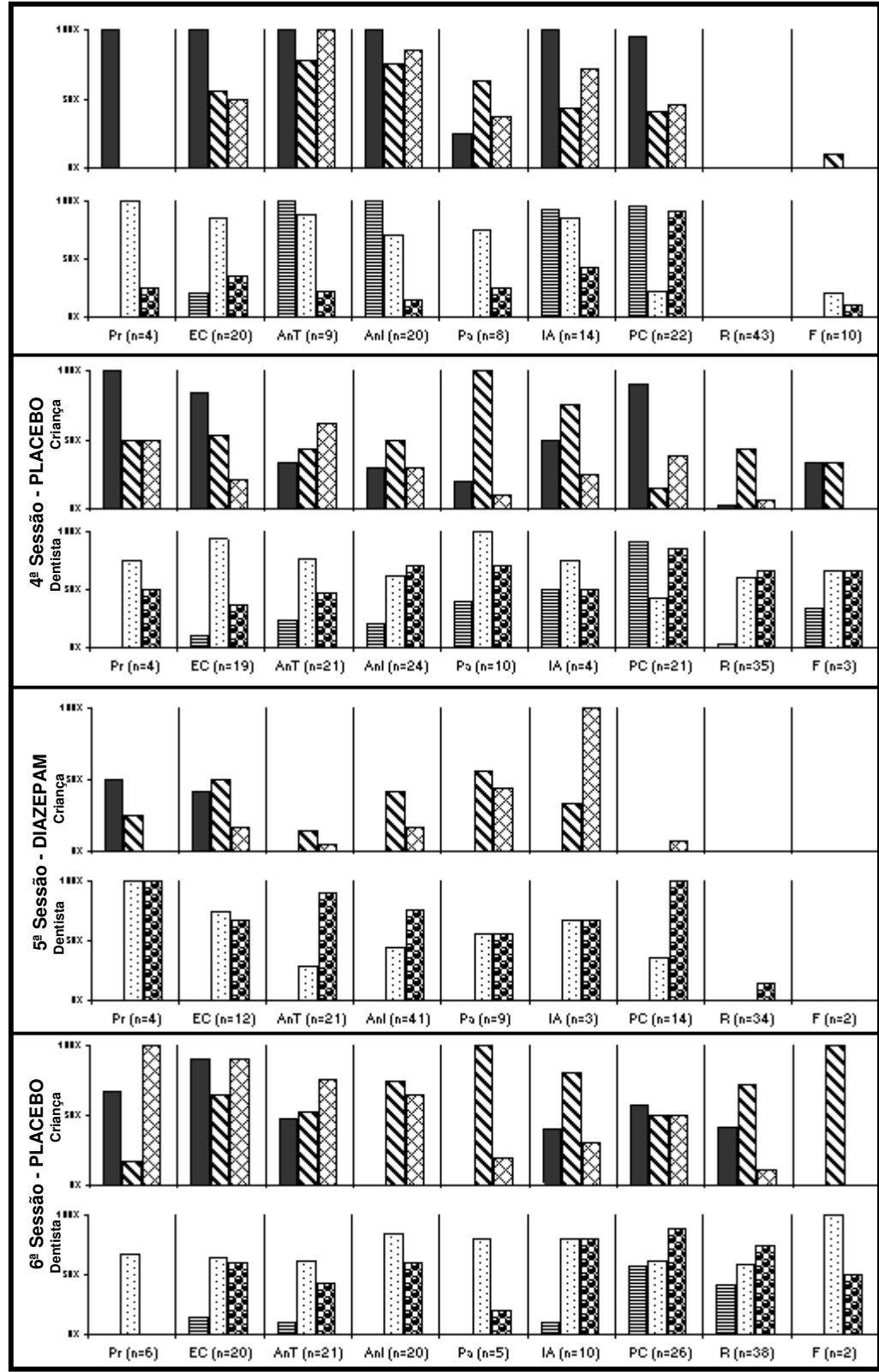


Quadro 2: Síntese dos comportamentos apresentados pelo Participante 2, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.

Sessão / Medicação	Rotinas odontológicas e comportamentos apresentados por P2
1ª Nenhuma	. Entrada: calado, recusou segurar a mão da CD . AL: choramingou e não participou . CO: chorou, agitou-se e recusou; gritou e desceu da CO . EC: não permitiu; ficou em pé, chorando e mostrando-se irritado . AL: recusou participar
2ª Nenhuma	. Entrada: calado, segurando a mão da mãe . AL: pouco participativo . CO: espontâneo; tentou acionar botões de movimento da CO . EC: não permitiu; chorou, agitou-se, desceu da CO . AL: não participativo; queria mexer na CO
3ª Diazepam	. Entrada: recusou, protestou verbalmente . AL: não participativo; irritado (lhe foi negado brinquedo da AL final) . CO: recusou; agarrou-se na mesa de AL; desceu da CO . AnT e AnI: alta frequência de RVI e RFI . IA e Pc: alta frequência de RFI . AL: permaneceu dormindo
4ª Placebo	. Entrada: tranquilo, segurando na mão da mãe . AL: apenas observou . CO: chorou, tapou a boca, desceu da CO . Pc: alta frequência de RFI . AL: sem choro, não participou
5ª Diazepam	. Entrada: segurando na mão da CD . AL: participativa e sorridente . CO: conduzido pela mãe, recusou sentar . IA: alta frequência de RVI . AL: calmo e participativo
6ª Placebo	. Entrada: segurando na mão da CD . AL: bravo, não participativo (queria brinquedo prometido pela mãe) . CO: recusou . IA: alta frequência de RFVB . AL: recusou participar

AL	Atividade lúdica	AnI	Anestesia injetável
CO	Cadeira Odontológica	IA	Isolamento absoluto
EC	Exame clínico	Pc	Preparo cavitário
EP	Evidenciação de Placa	R	Restauração
HB	Higiene bucal	CD	Cirurgião - dentista

RVI	Reação Verbal Intensa
RFI	Reação Física Intensa
RFVB	Reação Física e/ou Verbal Branda

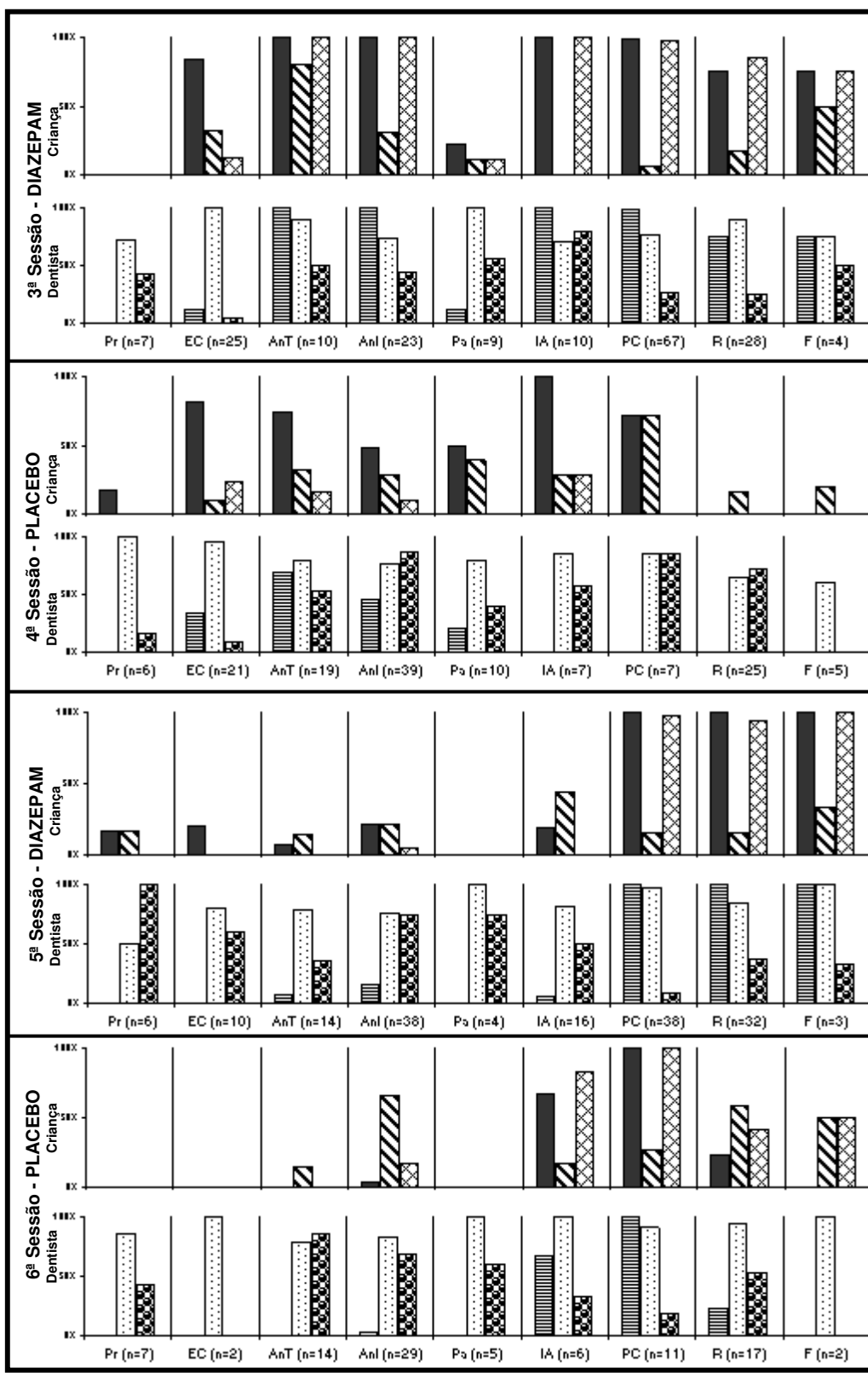


Quadro 3: Síntese dos comportamentos apresentados pelo Participante 3, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.

Sessão / Medicação	Rotinas odontológicas e comportamentos apresentados por P3
1ª Nenhuma	. Entrada: calma, conduzida pela mãe . AL: pouco participativa, agitada, insistia em pegar brinquedo da AL final . CO: recusou deitar, agarrou braços da CO . EC: superficial, sem instrumentos . AL: recusou participar
2ª Nenhuma	. Entrada: cabisbaixa, sem interagir com CD . AL: participativa, agitada . CO: espontânea; movimentando pernas nervosamente . EC: parcial, gritando que dentista a estava machucando . EP: não permitiu, gritou, movimentou-se bruscamente . AL: não participativa; agitada, queria mexer em outros objetos
3ª Diazepam	. Entrada: espontânea, segurando a mão da CD . AL: calma; participativa . CO: recusou, agarrou-se na mesa de AL; desceu da CO . AnT, AnI, IA, Pc e R: RVI e RFI em alta frequência . AL: recusou participar
4ª Placebo	. Entrada: calma, segurando mão da CD . AL: agitada, sem prestar atenção na CD . CO: conduzida pela mãe; agitada . IA: alta frequência de RFI . AL: calma; participativa
5ª Diazepam	. Entrada: espontânea . AL: calma; participativa . CO: espontânea . Pc e R: alta frequência de RFI e RVI . AL: alegre; participativo
6ª Placebo	. Entrada: segurando na mão da CD . AL: participativa . CO: calma; espontânea . IA: alta frequência de RVI . Pc: alta frequência de RFI e RVI . AL: participativa

AL	Atividade lúdica	AnI	Anestesia injetável
CO	Cadeira Odontológica	IA	Isolamento absoluto
EC	Exame clínico	Pc	Preparo cavitário
EP	Evidenciação de Placa	R	Restauração
HB	Higiene bucal	CD	Cirurgião - dentista

RVI	Reação Verbal Intensa
RFI	Reação Física Intensa
RFVB	Reação Física e/ou Verbal Branda

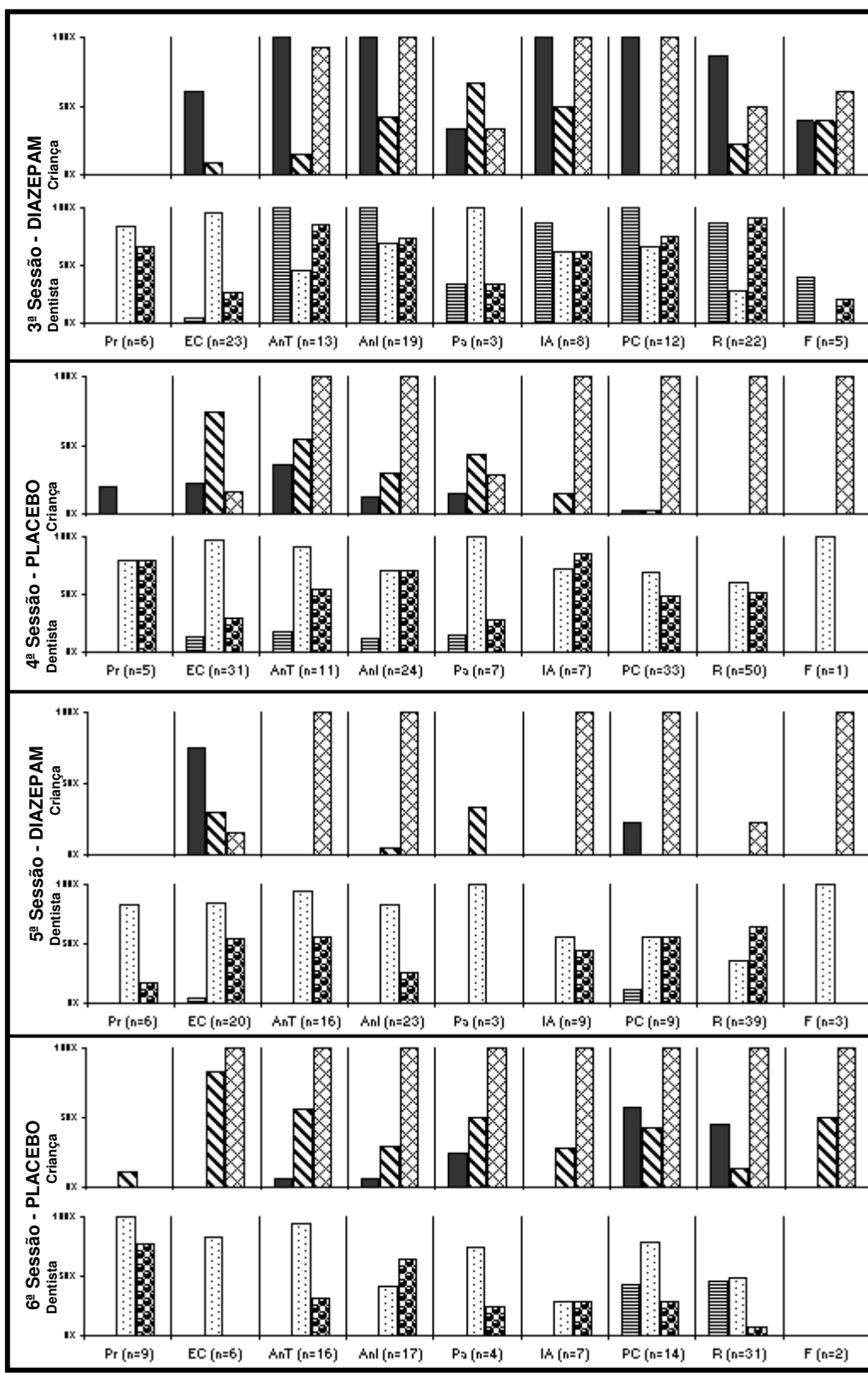


Quadro 4: Síntese dos comportamentos apresentados pelo Participante 4, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.

Sessão/ Medicação	RVI ☒ RFVB ☒ CF ☒ DC ☒ DTE ☒ Rotinas odontológicas e comportamentos apresentados por P4
1ª Nenhuma	. Entrada: no colo da mãe . AL: não participativo; rosto escondido no colo da mãe . CO: conduzido pela mãe, choramingando . EC: superficial, sem instrumentos; sentado no colo da mãe . AL: recusou participar
2ª Nenhuma	. Entrada: segurando mão da mãe . AL: no colo da mãe, observando o brinquedo . CO: conduzido pela mãe . EC: parcial com instrumentos, choramingando, sentado no colo da mãe . AL: no colo da mãe, observando o brinquedo
3ª Diazepam	. Entrada: espontâneo, segurando mão da CD . AL: calmo; participativo . CO: recusou, agarrou-se na mesa de AL; desceu da CO . AnT, AnI, IA e Pc: alta frequência de RVI e RFI . R: alta frequência de RVI . AL: calado, no colo da mãe, observando livro lido pela CD
4ª Placebo	. Entrada: segurando mão da CD . AL: calmo; participativo . CO: espontâneo . AnT, AnI, IA, Pc e R: alta frequência de RVI . AL: observando livro lido pela CD
5ª Diazepam	. Entrada: segurando mão da mãe . AL: calmo; participativo . CO: conduzido pela mãe . AnT, AnI, IA e Pc: alta frequência de RVI . AL: pouco participativo
6ª Placebo	. Entrada: espontâneo . AL: participativo . CO: conduzido pela mãe . AnT, AnI, IA, Pc e R: alta frequência de RVI . AL: participativo

AL	Atividade lúdica	AnI	Anestesia injetável
CO	Cadeira Odontológica	IA	Isolamento absoluto
EC	Exame clínico	Pc	Preparo cavitário
EP	Evidenciação de Placa	R	Restauração
HB	Higiene bucal	CD	Cirurgião - dentista

RVI	Reação Verbal Intensa
RFI	Reação Física Intensa
RFVB	Reação Física e/ou Verbal Branda

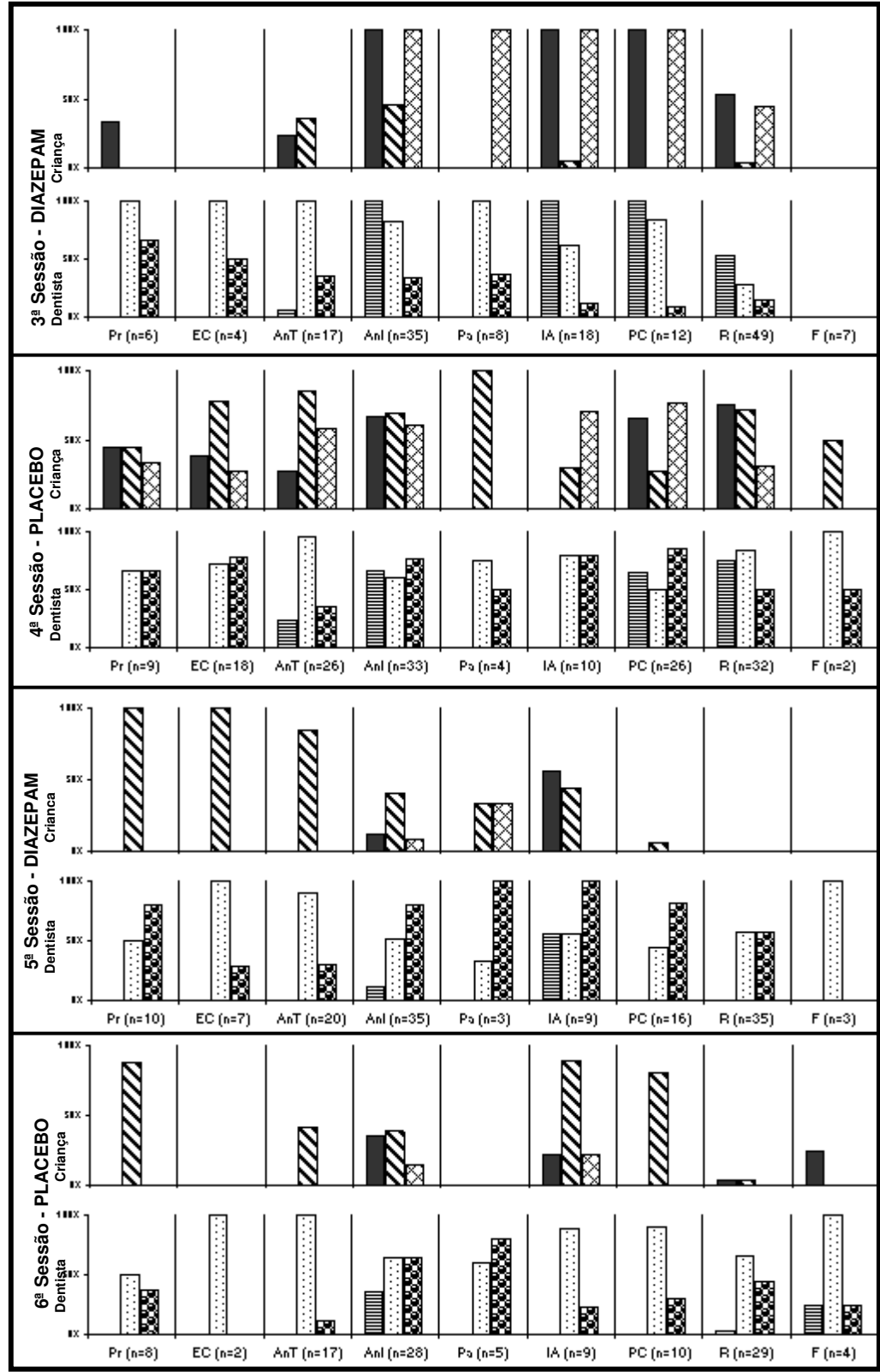


Quadro 5: Síntese dos comportamentos apresentados pelo Participante 5, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.

Sessão / Medicação	RVI RFBV CO DTB DTG Rotinas odontológicas e comportamentos apresentados por P5
1ª Nenhuma	. Entrada: choramingando, no colo da mãe . AL: não participativo; calado, agarrado à mãe . CO: choramingando, protestando verbalmente; desceu da CO . EC: não permitiu . AL: observando livro lido pela CD
2ª Nenhuma	. Entrada: calmo, segurando a mão da mãe . AL: alegre; participativo . CO: conduzido pela mãe, choramingando . EC: permitiu parcialmente, parecendo assustado . EP: não permitiu; choramingou . AL: recusou participar, pediu para ir embora
3ª Diazepam	. Entrada: choramingando e protestando verbalmente . AL: alegre; participativo . CO: recusou, choramingou; conduzido pela mãe . AnI, IA e Pc: alta frequência RVI e RFI . AL: calmo, alegre, participativo
4ª Placebo	. Entrada: conversando com CD . AL: calmo; participativo . CO: espontâneo . AnT: alta frequência de RFVB . AL: participativo
5ª Diazepam	. Entrada: segurando mão da CD . AL: inquieto; participativo . CO: conduzido pela CD . AnI: média frequência de RFVB . IA: média frequência de RFI e RFVB . AL: alegre; participativo
6ª Placebo	. Entrada: choramingando, conduzido pela mãe . AL: choramingando, inquieto, pouco participativo . CO: conduzido pela mãe . IA e Pc: alta frequência de RFVB . AL: calmo; participativo

AL	Atividade lúdica	AnI	Anestesia injetável
CO	Cadeira Odontológica	IA	Isolamento absoluto
EC	Exame clínico	Pc	Preparo cavitário
EP	Evidenciação de Placa	R	Restauração
HB	Higiene bucal	CD	Cirurgião - dentista

RVI	Reação Verbal Intensa
RFI	Reação Física Intensa
RFVB	Reação Física e/ou Verbal Branda



Quadro 6: Síntese dos comportamentos apresentados pelo Participante 6, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.

Sessão / Medicação	Rotinas odontológicas e comportamentos apresentados por P6
1ª Nenhuma	. Entrada: segurando mão da mãe . AL: não participativo; calado, agarrado à mãe . CO: conduzido pela mãe . EC: superficial, no colo da mãe, sem instrumentos . EP: não permitiu . AL: recusou participar
2ª Nenhuma	. Entrada: no colo da mãe . AL: não participativo; calado, agarrado à mãe . CO: conduzido pela mãe, choramingando . EC: superficial, no colo da mãe, com jatos de ar da seringa tríplice . EP: não permitiu . AL: não participativo; escondendo o rosto no colo da mãe
3ª Placebo	. Entrada: segurando mão da CD . AL: parecendo tímido; participativo . CO: conduzido pela CD . AnI, IA e R: alta frequência de RVI e RFI . Pc: alta frequência de RVI . AL: recusou participar
4ª Diazepam	. Entrada: conduzido pela mãe . AL: calmo; participativo . CO: conduzido pela mãe . AnT, IA e Pc: alta frequência de RFI . AL: participativo, no colo da mãe
5ª Placebo	. Entrada: segurando mão da CD . AL: participativo . CO: recusou; conduzido pela mãe . AnI: alta frequência de RFI e RVI . IA: alta frequência de RFI . AL: recusou participar
6ª Diazepam	. Entrada: no colo da mãe . AL: de costas para CD, não participativo . CO: conduzido pela mãe . AnT: alta frequência de RVI . IA: alta frequência de RFI

	. AnI e Pc : alta frequência de RFI e RVI . AL : recusou participar
--	---

AL	Atividade lúdica	AnI	Anestesia injetável
CO	Cadeira Odontológica	IA	Isolamento absoluto
EC	Exame clínico	Pc	Preparo cavitário
EP	Evidenciação de Placa	R	Restauração
HB	Higiene bucal	CD	Cirurgião - dentista

RVI	Reação Verbal Intensa
RFI	Reação Física Intensa
RFVB	Reação Física e/ou Verbal Branda

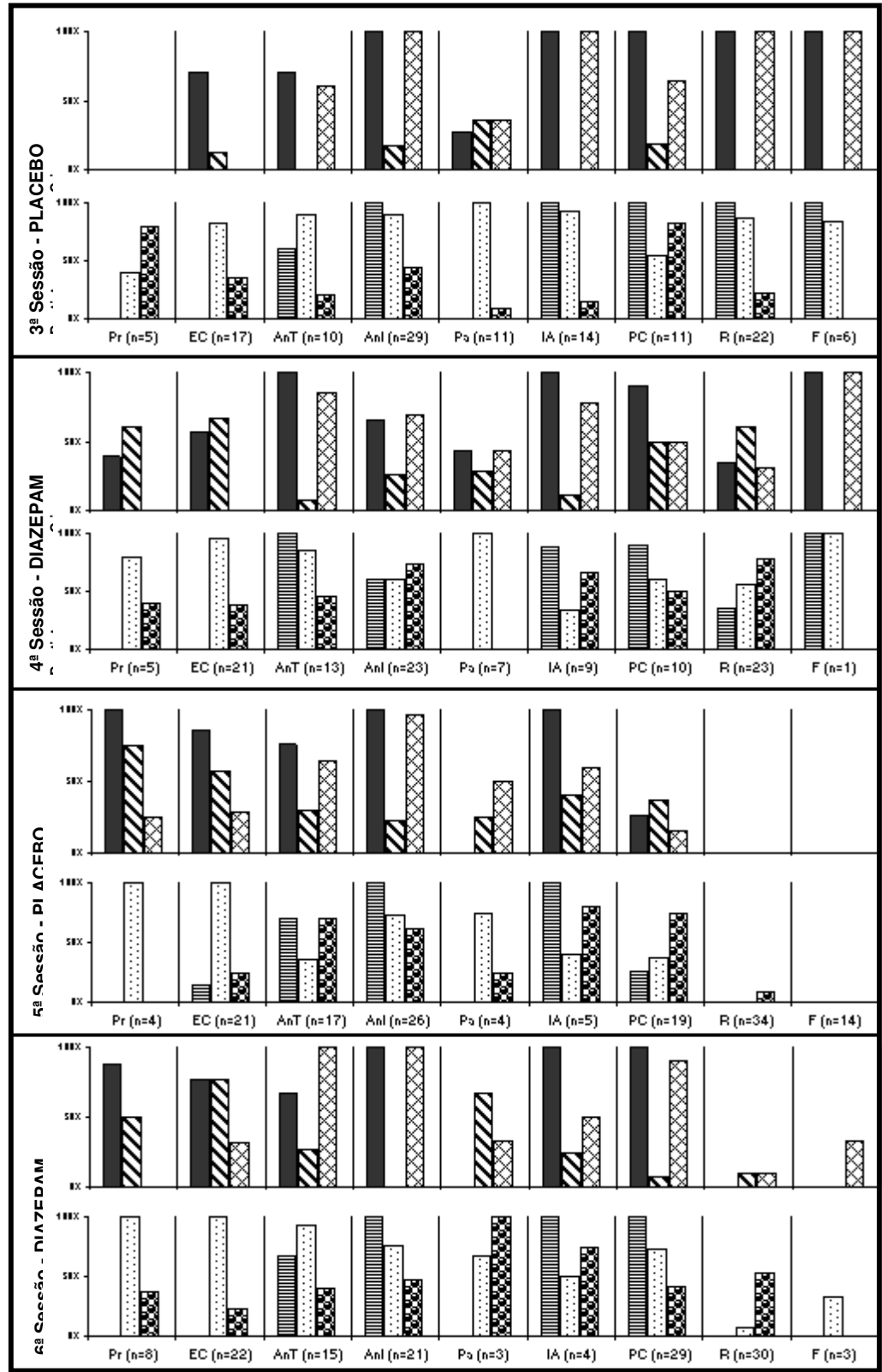


Figura 6: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 6 e pela dentista ao

Quadro 7: Síntese dos comportamentos apresentados pelo Participante 7, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.

Sessão ■ Medicação	RVI  RFVB  CF  DC  DTE  Rotinas odontológicas e comportamentos apresentados por P7
1ª Nenhuma	. Entrada: chorando, no colo da mãe . AL: gritando, agarrada à mãe . CO: conduzida pela mãe, gritando e recusando . EC: superficial, sem instrumentos . AL: recusou participar
2ª Nenhuma	. Entrada: chorando, no colo da mãe . AL: não participativa; gritando, chorando, agarrada à mãe . CO: mãe deitada com criança no colo . EC: não permitiu; mão sobre a boca, gritos, movimentos bruscos de corpo . AL: recusou participar
3ª Placebo	. Entrada: no colo da mãe; chorando; protestando verbalmente . AL: recusou no início; participativa e alegre no final . CO: conduzida pela mãe, gritando, movimentos bruscos de corpo . AnT: alta frequência de RFI e RFVB . AnI e IA: alta frequência de RFI e RVI . AL: choramingando, no colo da mãe, atenta ao livro lido pela CD
4ª Diazepam	. Entrada: segurando mão da CD . AL: alegre; participativa . CO: choramingando, conduzida pela mãe . AnI: alta frequência de RFVB . IA: alta frequência de RFI e RVI . AL: calma; participativa
5ª Placebo	. Entrada: choramingando, conduzida pela mãe . AL: choramingando; participativa . CO: espontânea, calma . AnI e IA: frequência média de RFVB e RVI . R: frequência média de RFVB . AL: participativa
6ª Diazepam	. Entrada: segurando mão da CD . AL: alegre; participativa . CO: calma; conduzida pela mãe . AnI: alta frequência de RFVB e RVI . IA: alta frequência de RVI . AL: participativa

AL	Atividade lúdica	AnI	Anestesia injetável
CO	Cadeira Odontológica	IA	Isolamento absoluto
EC	Exame clínico	Pc	Preparo cavitário
EP	Evidenciação de Placa	R	Restauração
HB	Higiene bucal	CD	Cirurgião - dentista

RVI	Reação Verbal Intensa
RFI	Reação Física Intensa
RFVB	Reação Física e/ou Verbal Branda

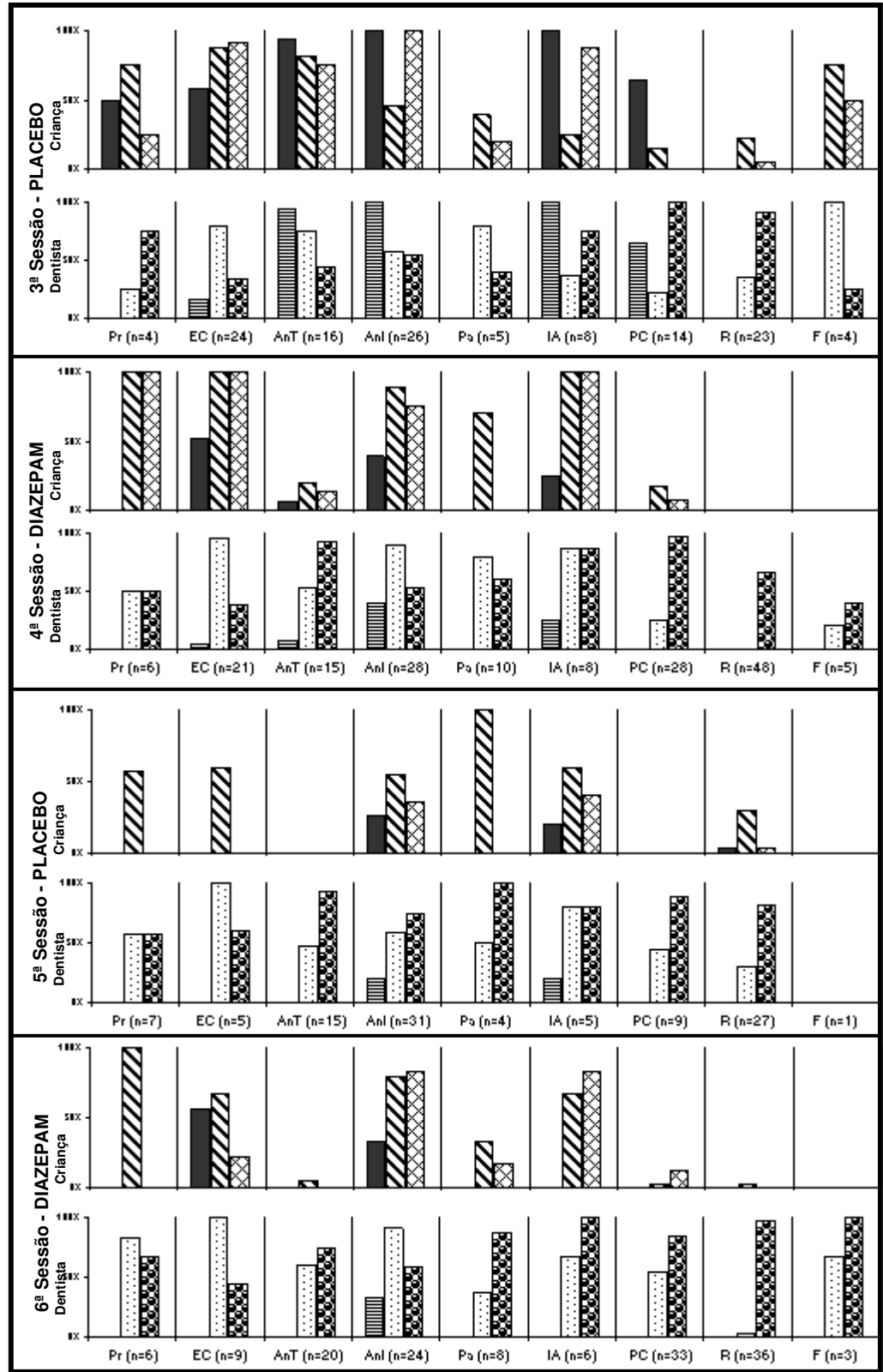


Figura 7: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 7 e pela dentista ao

Quadro 8: Síntese dos comportamentos apresentados pelo Participante 8, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.

Sessão ■ Medicação	RVI  RFVB  CF  DC  DTE  Rotinas odontológicas e comportamentos apresentados por P8
1ª Nenhuma	. Entrada: conduzida pela mãe . AL: pouco participativa . CO: recusou; conduzida pela mãe, choramingando . EC: não permitiu; desceu da cadeira e chorou . AL: recusou participar
2ª Nenhuma	. Entrada: no colo da mãe . AL: quieta; pouco participativa . CO: calma; conduzida pela CD . EC e EP: colaboração . HB: parcial; tapou a boca, desceu da CO . AL: calma; participativa
3ª Placebo	. Entrada: segurando mão da mãe . AL: atenta; participativa . CO: calma; conduzida pela CD . Pc e R: alta frequência de RFI e RVI . AL: participativa, atenta ao livro lido pela CD
4ª Diazepam	. Entrada: no colo da mãe . AL: não participativa . CO: conduzida pela mãe . AnT, AnI, IA e Pc: alta frequência de RFI e RVI . AL: atenta ao livro lido pela CD
5ª Placebo	. Entrada: parecendo brava, conduzida pela mãe . AL: calada, não participativa . CO: conduzida pela mãe . AnT e AnI: alta frequência de RVI . AL: não participativa
6ª Diazepam	. Entrada: choramingando, segurando mão da mãe . AL: choramingando, pedindo brinquedo que havia ficado na sala de espera . CO: recusou, gritou e chorou; conduzida pela mãe . AnT: alta frequência de RVI . AnI: alta frequência de RFVB . AL: choramingando, não participativa

AL	Atividade lúdica	AnI	Anestesia injetável
CO	Cadeira Odontológica	IA	Isolamento absoluto
EC	Exame clínico	Pc	Preparo cavitário
EP	Evidenciação de Placa	R	Restauração
HB	Higiene bucal	CD	Cirurgião - dentista

RVI	Reação Verbal Intensa
RFI	Reação Física Intensa
RFVB	Reação Física e/ou Verbal Branda

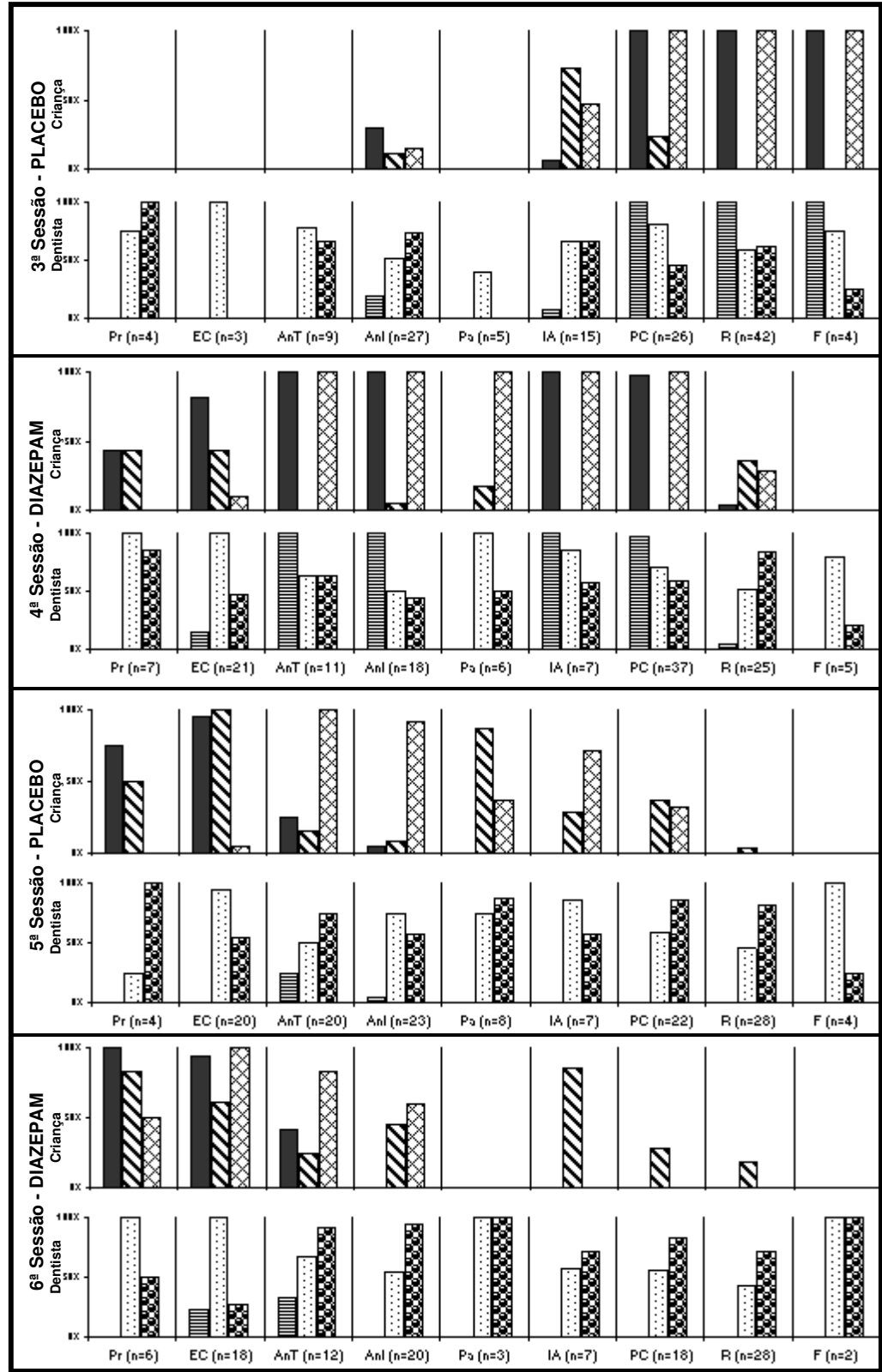


Figura 8: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 8 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico (Pr: Preparo;

Quadro 9: Síntese dos comportamentos apresentados pelo Participante 9, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.

Sessão / Medicação	Rotinas odontológicas e comportamentos apresentados por P9
1ª Nenhuma	. Entrada: conduzido pela mãe . AL: participativo . CO: recusou; conduzido pela mãe, choramingando . EC: recusou no início, depois permitiu . EP: recusou; cerrou os lábios . AL: participativo
2ª Nenhuma	. Entrada: conduzido pela mãe . AL: alegre; participativo . CO: espontâneo; calmo . EP: parcial; recusou; cerrou os lábios . HB: parcial; tapou a boca, desceu da CO . AL: calmo, participativo
3ª Placebo	. Entrada: alegre; caminhou sozinho . AL: alegre, participativo . CO: espontâneo, calmo . AnT: alta frequência de RFI; IA e Pc: alta frequência de RFI e RVI . R: alta frequência de RVI . AL: alegre; participativo
4ª Diazepam	. Entrada: segurando mãe da dentista e da mãe . AL: alegre; participativo; cantarolando . CO: calmo, espontâneo . AnI, Pc e R: alta frequência de RVI; IA: alta frequência de RFI e RVI . AL: calmo; participativo
5ª Placebo	. Entrada: caminhou sozinho . AL: alegre; participativo . CO: espontâneo . AnT: alta frequência de RVI . AnI: alta frequência de RFI e RVI . IA e Pc: alta frequência de RFI . AL: calmo; participativo
6ª Diazepam	. Entrada: choramingando; queria brinquedo que ficou na sala de espera . AL: participativo . CO: recusou, queria voltar para sala de espera . IA: alta frequência de RFI . Pc: alta frequência de RFI e RVI

. AL: calmo; participativo

AL	Atividade lúdica	AnI	Anestesia injetável
CO	Cadeira Odontológica	IA	Isolamento absoluto
EC	Exame clínico	Pc	Preparo cavitário
EP	Evidenciação de Placa	R	Restauração
HB	Higiene bucal	CD	Cirurgião - dentista

RVI	Reação Verbal Intensa
RFI	Reação Física Intensa
RFVB	Reação Física e/ou Verbal Branda

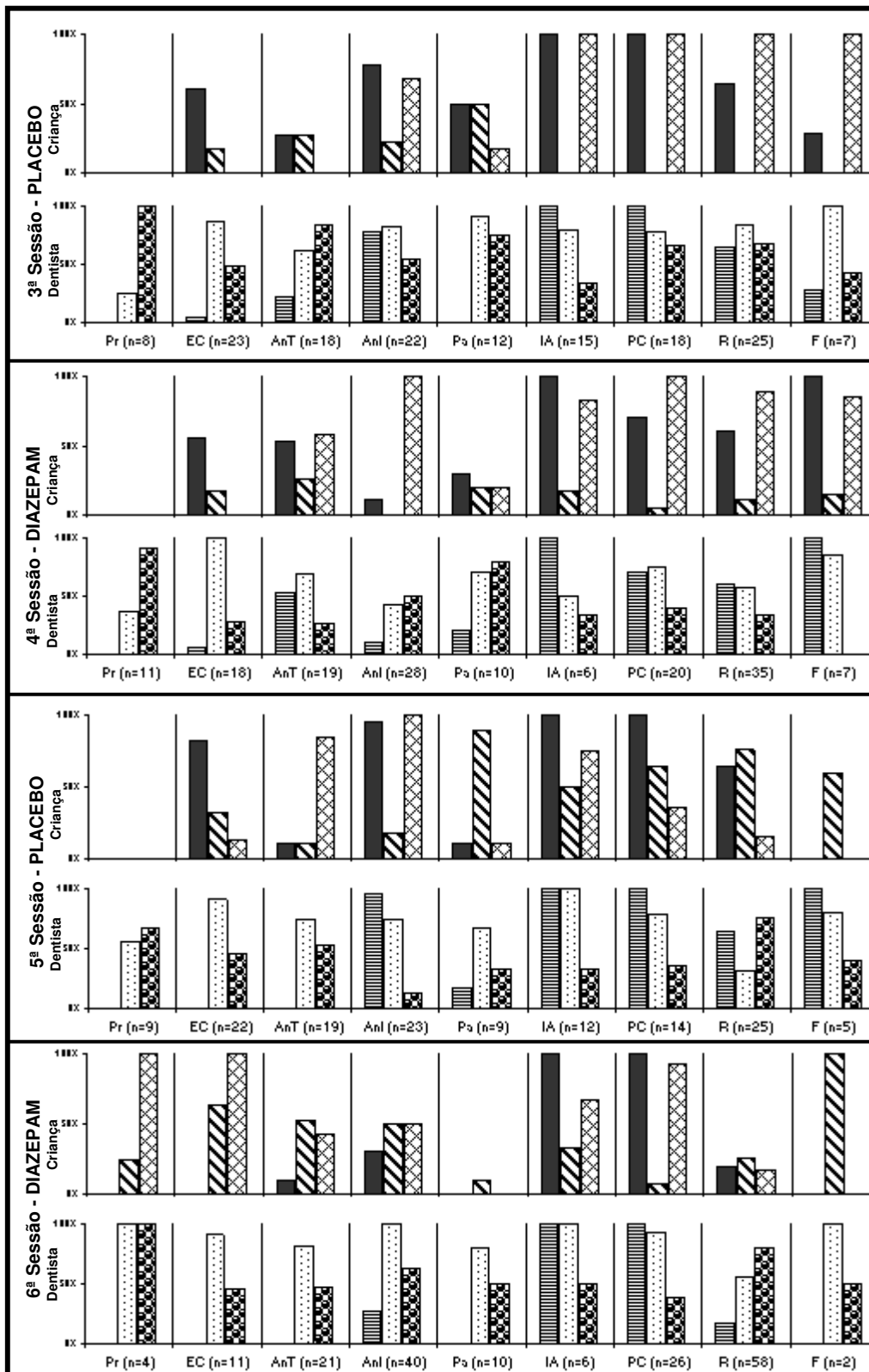


Figura 9: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 9 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico (Pr: Preparo; EC: Exame Clínico; AnT: Anestesia Tópica; AnI: Anestesia Injetável; Pa: Pausa; IA: Isolamento

Quadro 10: Síntese dos comportamentos apresentados pelo Participante 10, durante as rotinas odontológicas, em cada sessão.

Sessão / Medicação	Rotina odontológica e comportamentos apresentados por P10
1ª Nenhuma	. Entrada: conversando com CD . AL: atento, pouco participativo . CO: conduzido pela mãe, choramingando e protestando verbalmente . EC: não permitiu; chorou, movimentou-se bruscamente; desceu da cadeira . AL: recusou participar
2ª Nenhuma	. Entrada: caminhou sozinho . AL: calmo; participativo . CO: espontâneo; calmo . EC: completo . EP: não permitiu; cerrou os lábios; choramingou . AL: calmo; participativo
3ª Placebo	. Entrada: caminhou sozinho . AL: participativo . CO: espontâneo; agitado . IA: alta frequência de RVI . Pc: alta frequência de RFI e RVI . AL: recusou participar; agitado
4ª Diazepam	. Entrada: caminhou sozinho . AL: alegre; participativo . CO: calmo, espontâneo . AnT: alta frequência de RVI . AnI, IA, Pc e R: alta frequência de RFI e RVI . AL: recusou participar
5ª Placebo	. Entrada: caminhou sozinho . AL: participativo . CO: espontâneo . AnT, AnI e IA: alta frequência de RFVB e RVI . Pc: alta frequência de RFI e RVI . R: alta frequência de RVI . AL: participativo; choramingando
6ª Diazepam	. Entrada: alegre . AL: participativo . CO: espontâneo . AnT e Pc: alta frequência de RVI . AnI e IA: alta frequência de RFVB

. AL: calmo; participativo

AL	Atividade lúdica	AnI	Anestesia injetável
CO	Cadeira Odontológica	IA	Isolamento absoluto
EC	Exame clínico	Pc	Preparo cavitário
EP	Evidenciação de Placa	R	Restauração
HB	Higiene bucal	CD	Cirurgião - dentista

RVI	Reação Verbal Intensa
RFI	Reação Física Intensa
RFVB	Reação Física e/ou Verbal Branda

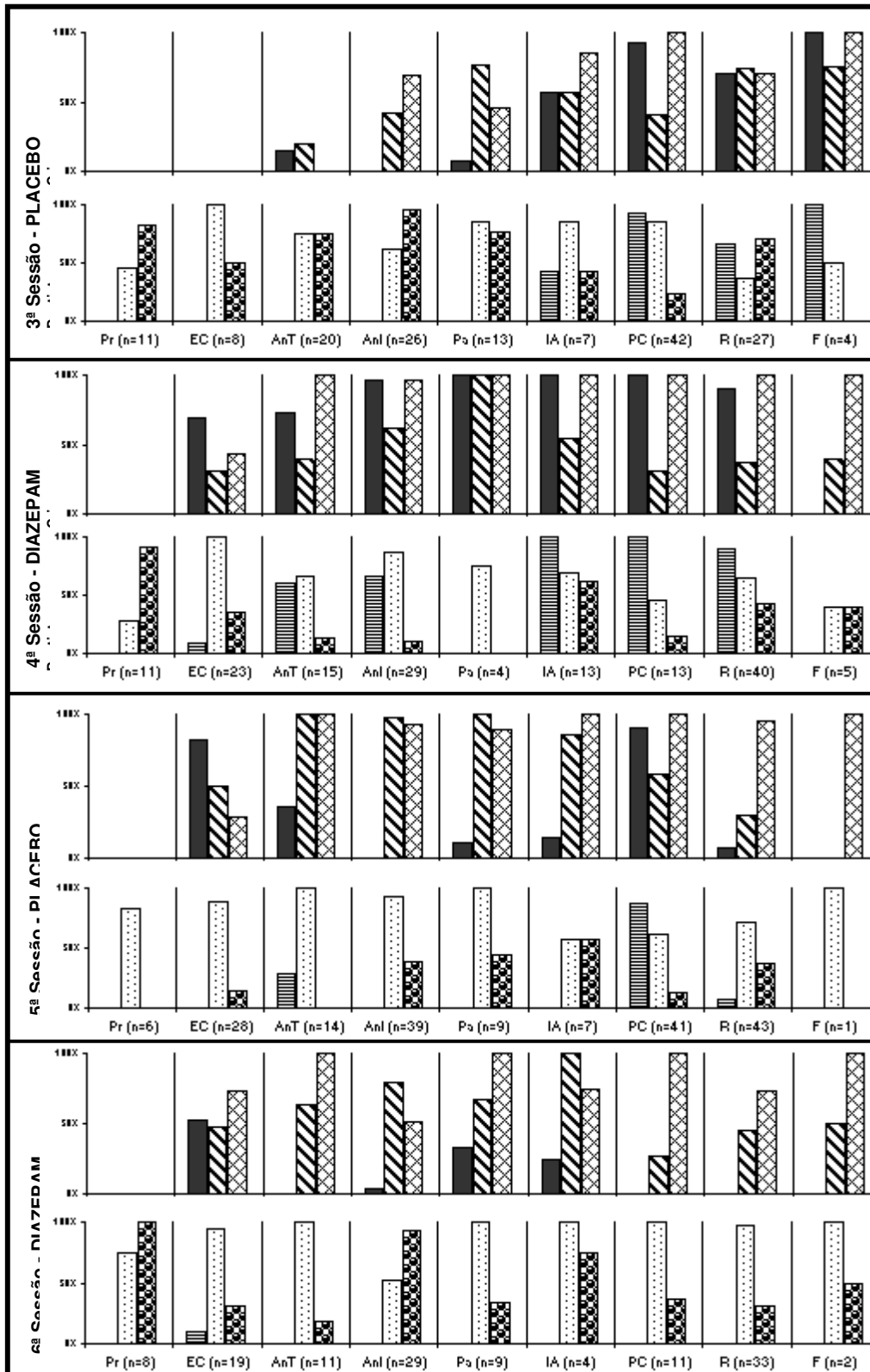


Figura 10: Frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo Participante 10 e pela dentista ao longo das 4 sessões de atendimento (3ª a 6ª sessão), durante cada procedimento clínico (Pr: Preparo; EC: Exame Clínico; AnT: Anestesia Tópica; AnI: Anestesia Injetável; Pa: Pausa; IA: Isolamento absoluto; Pc: Preparo cavitário; R: Restauração; CD: Cirurgião - dentista).

5.2. DESCRIÇÃO DOS PADRÕES DE COMPORTAMENTO

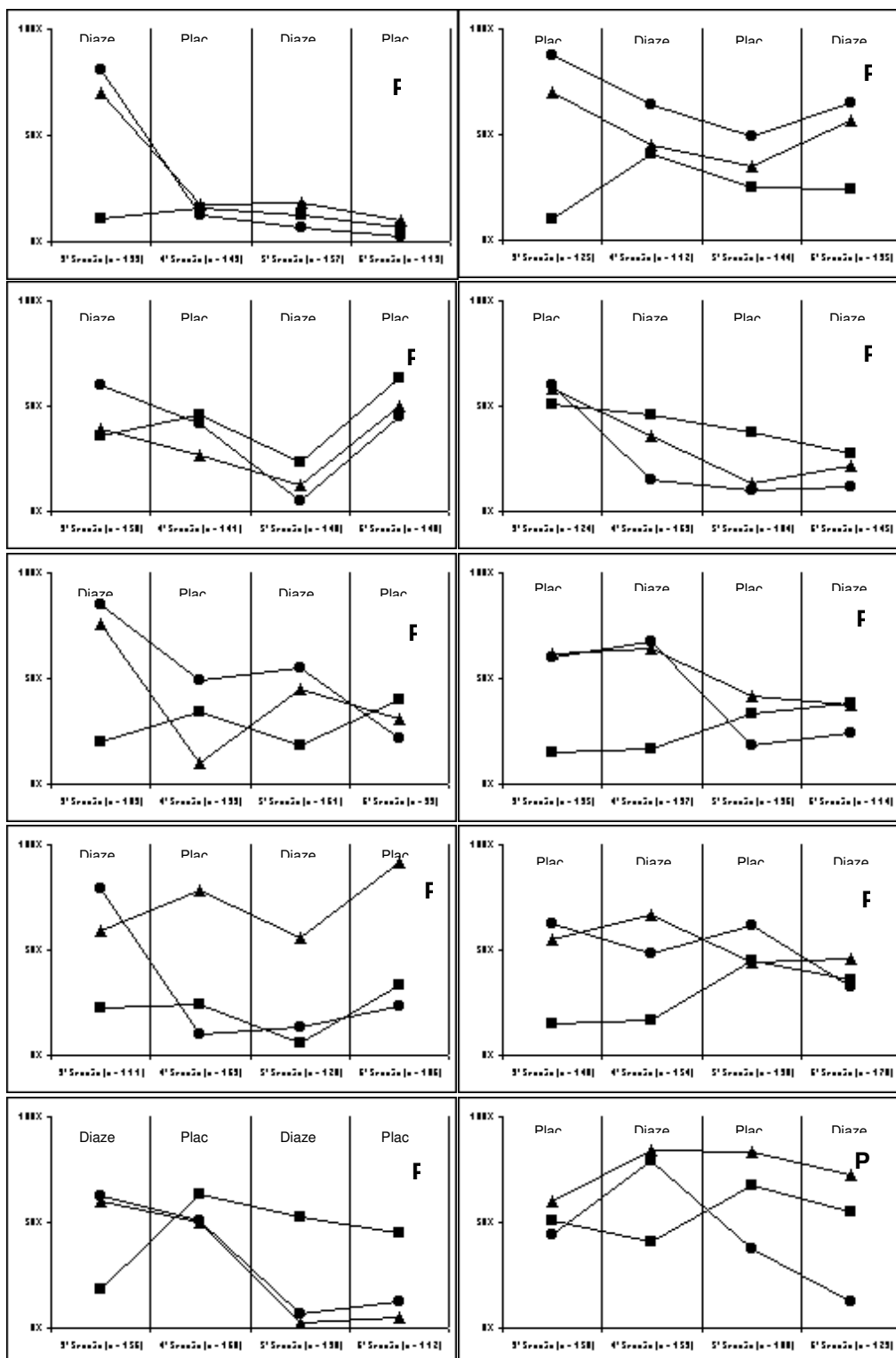


Figura 11: Frequências relativas médias das categorias de comportamento de P1 e P10, em cada sessão de atendimento curativo.

A Figura 11 mostra as frequências relativas médias das categorias de comportamento dos participantes (P1 a P10) ao longo das quatro sessões de tratamento curativo (3ª a 6ª sessão).

Ao observar a categoria de comportamento Reação Física Intensa (RFI – linha com círculos cheios), percebe-se que houve uma diminuição na frequência da 3ª à 6ª sessão para todos os Participantes. Entretanto, a curva relativa à P1 foi a única que apresentou tendência decrescente a cada sessão, ocorrendo uma queda acentuada na frequência de RFI da 3ª para a 4ª sessão (de 80,5% para 15,4%) e novas quedas da 4ª para a 5ª sessão (6,4%) e para a 6ª (2,5%). Em relação à P2, P5, P6 e P7, foram observadas curvas semelhantes entre si: a frequência de RFI diminuiu da 3ª para a 4ª sessão e da 4ª para a 5ª sessão, aumentando na 6ª sessão, sem, entretanto, atingir frequências semelhantes às encontradas na 3ª sessão. As curvas relativas à P3 e P9 também apresentaram semelhanças, havendo uma queda da 3ª para a 4ª sessão, um aumento da 4ª para a 5ª e uma nova queda na 6ª sessão. Em relação à P8 e P10, após aumento na frequência de RFI da 3ª para a 4ª sessão, ocorreu queda na 5ª sessão sendo que, na 6ª sessão, houve queda na curva de P10 e aumento na curva de P8. Para P4, depois de uma queda brusca na 4ª sessão, a curva apresentou uma tendência crescente, embora sem atingir a mesma frequência da 3ª sessão. Desta forma, parece ter ocorrido uma certa adaptação de todas as crianças ao longo das sessões, sendo que a frequência média de RFI na 3ª sessão entre todos os participantes foi de 68%, caindo para 25% na 6ª sessão.

Estes resultados são confirmados pelos trabalhos de diversos autores, tais como ALLEN & STOKES (1987), STARK *et al.* (1989) e TEN BERGE *et al.* (1999), que descrevem um decréscimo da frequência de comportamentos de não-colaboração ao longo das sessões de atendimento. Os autores concordam que, crianças não-colaboradoras podem aprender a comportar-se adequadamente durante o tratamento odontológico quando são devidamente orientadas. Eles sugerem que, mesmo quando as intervenções psicológicas não proporcionam a extinção de comportamentos não-colaborativos, há uma tendência decrescente do nível de não-colaboração, que pode ser fruto da interação profissional-paciente, estabelecida ao longo das sessões.

COSTA Jr (2001), em seu trabalho com crianças submetidas a punção venosa para quimioterapia, relata que, quando não foi realizada a intervenção psicológica de adaptação da criança ao tratamento, houve um aumento nos comportamentos não-colaborativos (que o autor chama de concorrentes) na ordem de 61% da 1ª para a 3ª sessão. O autor sugere que a manifestação destes comportamentos tinha a função de retardar o início do procedimento invasivo, permitindo que a criança ganhasse tempo e postergasse a sua exposição aos estímulos aversivos. Por outro lado, quando a intervenção psicológica foi inserida no contexto do tratamento, houve uma redução de 80% da frequência destes comportamentos da 1ª para a 2ª sessão, mostrando a importância da preparação da criança para enfrentar a situação considerada desagradável.

Em relação à categoria de comportamento Reação Verbal Intensa (RVI – linha com triângulos cheios), percebem-se algumas tendências distintas. Novamente, apenas para P1 há uma constante queda na frequência do comportamento ao longo das sessões. As curvas relativas à P2, P5, P6 e P7 mostram-se semelhantes também para esta categoria de

comportamento, com queda da 3ª para a 4ª sessão e da 4ª para a 5ª sessão e aumento na 6ª sessão, sendo que somente para P2 a frequência de RVI foi maior na 6ª do que na 3ª sessão.

Vale a pena relatar a ocorrência de um interessante fato na 6ª sessão de atendimento de P2: a criança chegou para o atendimento, choramingando e parecendo estar muito bravo. A mãe relatou que ela havia prometido comprar-lhe um caminhão de brinquedo ao final da sessão, mas a criança desejava o brinquedo imediatamente. A mãe verbalizou que o comportamento do filho só melhoraria no momento em que recebesse o brinquedo, pois este tipo de reação da criança ocorria com bastante frequência. De fato, nesta sessão houve um aumento dos comportamentos não-colaborativos, com a criança recusando participar das atividades lúdicas no início e final da sessão e pedindo pelo brinquedo diversas vezes durante a realização dos procedimentos, de forma bastante impositiva.

Ainda em relação à categoria de comportamento RVI, as curvas referentes a P4 e P9 mostram tendências semelhantes, com aumento na 4ª sessão, queda na 5ª e novo aumento na 6ª sessão. Com o P3, a curva mostrou uma queda acentuada na 4ª sessão, um aumento na 5ª e uma ligeira queda na 6ª sessão. Assim, para P2, P4 e P10 esta categoria foi mais freqüente na 6ª do que na 3ª sessão. Esta categoria, embora não impeça a realização do tratamento, não permite que o profissional perceba dicas sutis da criança de sensações de dor e de desconforto causadas pelo procedimento. Quando a criança que está colaboradora sente algum desconforto ou medo, ela pode manifestar-se com choro ou com expressões faciais, dando dicas ao dentista de que necessita da sua intervenção, seja com a aplicação de outra dose de anestésico, seja com a utilização de estratégias comportamentais que a tranquilizem. Esta relação, com a criança deixando claro seus sentimentos e o dentista mostrando-se atento e compreensivo e se empenhando para minimizar o desconforto, só

pode ser conseguida com o mínimo de colaboração da criança. Desta maneira, o paciente que chora alto e grita tem mais chances de sentir desconforto durante o tratamento odontológico e de não receber os benefícios da intervenção profissional para diminuir seu sofrimento. Choro alto e grito também afetam o bem – estar do profissional, que pode sentir-se cansado física e emocionalmente ao final de uma sessão em que a criança permaneceu chorando alto e gritando. O dentista sente que não obteve sucesso em suas tentativas de acalmar ou distrair a criança e isto é um preditor de frustração. Além disso, o profissional necessita realizar os procedimentos com rapidez e perfeição técnica para que a sessão acabe rapidamente, mas ao mesmo tempo seja obtida a maior qualidade possível, para não haver necessidade de refazer o procedimento em outra ocasião. Então, ao mesmo tempo em que tenta manejar os comportamentos do paciente, precisa lidar com questões técnicas do seu trabalho, além de controlar a ansiedade do acompanhante da criança. O trabalho do dentista torna-se ainda mais difícil quando, além de chorar e gritar (RVI), a criança movimenta-se bruscamente (RFI), necessitando de contenção física.

Comparando as categorias de comportamento RVI e RFI, pode-se notar que, exceto para P4 e P9, as curvas referentes às duas categorias seguem as mesmas tendências, ou seja, são diretamente proporcionais. Isto pode ser explicado pelo fato de que, quando a criança apresenta resistência à contenção ou recusa a colaborar, comportamentos que caracterizam a categoria RFI, ela também manifesta choro alto e grito (RVI). Entretanto, o contrário nem sempre é verdadeiro, pois a criança pode permanecer imóvel na cadeira na maior parte do tempo, mas gritar durante todo o tempo da sessão. Um exemplo é o que ocorreu com P4 e P10, que mantiveram altas frequências de RVI (em média 72% do tempo para P4 e 75% para P10), embora tenham apresentado frequências decrescentes de RFI ao longo das

sessões. Parece que P4 e P10 aprenderam que, ao contrário de RVI, RFI sofria um tipo de punição, ou seja, toda vez que esta categoria de comportamento ocorria, empregava-se contenção física. Assim, estas crianças podem ter passado a usar o grito como uma forma de protestar contra uma situação considerada desagradável.

Para a categoria de comportamento Reação Física e/ou Verbal Branda (RFVB – linha com quadrados cheios), houve diminuição da frequência da 3ª para a 6ª sessão somente para P1 e P7. Para os demais participantes, houve uma tendência crescente desta categoria, embora a evolução da frequência tenha sido diferente durante as sessões. Alguns padrões podem ser observados: para P1, P5 e P6, após um aumento da frequência de RFVB da 3ª para a 4ª sessão, há queda na 5ª e 6ª sessões. Para P2, P3 e P4 a curva ascende da 3ª para a 4ª sessão, cai da 4ª para a 5ª e volta a ascender na 6ª sessão, ficando mais alta do que na 3ª sessão. Para P10, a tendência foi inversa, com queda na 3ª sessão, aumento na 5ª e nova queda na 6ª sessão. P7 e P8 mostram curvas em sentido oposto, ou seja, é ascendente para P7 e descendente para P8. A curva referente a P9 difere das demais: há um aumento da 3ª para a 4ª sessão e da 4ª para a 5ª, caindo na 6ª sessão.

A categoria RFVB foi encontrada em todas as sessões, numa frequência quase estável. Isto pode ter sido decorrente do fato desta categoria não sofrer punição, ou seja, o dentista não exerce nenhum controle a fim de extinguir estes comportamentos. Esta categoria também não é reforçada: a criança não recebe elogios por se comportar desta maneira. Assim, esta parece ser a única categoria de comportamento possível de ser manifestada livremente, sem sofrer algum tipo de consequência e sem que o dentista possa controlar. COSTA Jr (2001) sugere que, manifestações comportamentais brandas, tais como choramingar e movimentar-se de modo nervoso, podem ser consideradas como

respostas típicas de estresse, ou seja, conseqüências fisiológicas da exposição a estímulos aversivos. Assim, pode-se inferir que, embora comportamentos não-colaborativos tenham diminuído em frequência ao longo das sessões, a ansiedade ainda estava presente. Isto demonstra a importância do dentista estar atento às manifestações comportamentais brandas, mesmo em crianças colaboradoras, no sentido de auxiliá-las a enfrentar a situação odontológica de uma forma mais agradável e menos estressante. WEINSTEIN & NATHAN (1988) relatam que, quando o profissional permite à criança comunicar seus sentimentos e empenha-se em minimizar seu sofrimento, aumenta a capacidade de enfrentamento da situação e diminui a percepção de vulnerabilidade da criança. KLEINKNECHT *et al.* (1973) sugerem que, um fator importante na determinação da atitude do paciente frente ao tratamento é a sua percepção sobre a pessoa do dentista. Segundo estes autores, pacientes que relatam mais medo da situação odontológica atribuem tal reação à falta de afeição com o dentista. Assim, usar estratégias que melhorem a relação profissional-paciente e diminuam a ansiedade, pode auxiliar no enfrentamento da situação de tratamento.

É importante ressaltar que a amostra deste trabalho de pesquisa foi constituída por crianças altamente resistentes, que tinham história anterior de tratamentos mal sucedidos. Segundo De JONGH *et al.* (1995), LIDDELL & GOSSE (1998) e TOWNEND *et al.* (2000), crianças temerosas apresentam, frequentemente, história de tratamentos dolorosos e/ou desagradáveis ocorridos em suas primeiras visitas ao dentista. Portanto, esperava-se reações ainda mais intensas das crianças da amostra.

Assim parece que, a introdução de situações novas ao tratamento, tais como a realização da atividade lúdica e o uso das estratégias de distração e reforçamento, auxiliou a

reduzir o potencial ansiogênico da situação, com a criança percebendo a figura do dentista como menos ameaçadora. Isto não significa que houve a extinção completa do medo específico de determinados aspectos da situação, tais como a injeção ou preparo cavitário, por exemplo. Embora ainda apresentando medo de sentir dor ou de enfrentar a situação de tratamento, a criança não parecia temer a pessoa do dentista. Pode-se, então, dizer que, a relação estabelecida entre dentista e criança minimizou as reações de medo e de ansiedade. RACHMAN (1977) e SILVA et al. (1992) sugerem que o dentista deveria aprender a explorar a sua relação com a criança, a fim de conseguir ganhar a sua afeição e a sua confiança, tornando-a mais receptiva às intervenções, ensinando-a a olhar para a situação odontológica com mais tranquilidade.

A melhora no comportamento apresentado ao longo das sessões, também se refletiu nos comportamentos manifestados pela criança em casa, durante a realização das práticas preventivas (escovação dental e uso do fio), segundo relatos das mães. Esta mudança comportamental, também registrada por POSSOBON (2001), pode ser atribuída a relação de afetividade criada entre dentista e criança. As mães relatavam que os filhos falavam sobre a dentista para os familiares, comentando sobre os brinquedos usados durante a atividade lúdica, sobre as músicas ensinadas pela dentista e ressaltavam aspectos afetivos relativos à figura da profissional, fazendo comparações com o cirurgião-dentista que havia realizado os tratamentos anteriores. O fato é que, a simples mudança de ambiente (de um consultório para outro, sendo este decorado com motivos infantis e possuindo brinquedos) e a introdução de atividades que não faziam parte do repertório de ação dos profissionais que prestaram os primeiros atendimentos (estratégias de distração e atividade lúdica), parece ser importante para a aproximação com a criança, o que influenciará o seu comportamento ao

longo de todo o tratamento. A atitude do profissional também pode alterar a maneira como o acompanhante se comporta, o que influencia de maneira indireta o comportamento da criança. A mãe sente que o ambiente foi preparado para receber seu filho e que as atitudes do dentista tem o objetivo de auxiliá-lo a enfrentar o tratamento com mais segurança e conforto. A mãe, então, passa a ser um agente catalisador da relação dentista – criança, reforçando, em casa e no consultório, a imagem positiva do dentista. Um estudo de ARAÚJO & TUBINO (1996) constatou que, a presença da mãe na situação de tratamento, constitui um fator importante para a adaptação da criança à médio prazo, uma vez a mãe se tranqüiliza ao estar junto do filho. A redução da sua ansiedade parece basear-se no fato de que podem oferecer apoio ao filho e observar o tratamento oferecido. MARTINS *et al.* (1990) concluem seu estudo citando que alguns dos elementos mais importantes para o condicionamento infantil são a confiança no profissional, a amizade conquistada, o apoio dos familiares e o ambiente do consultório.

Em relação à melhora comportamental sentida e relatada pela mãe, pode-se inferir também que a estratégia Direciona Comportamento teve um impacto educativo sobre os comportamentos das crianças. A disciplina imposta pela situação de tratamento, e mesmo durante a atividade lúdica, em que a criança era orientada a auxiliar a dentista na organização da mesa de brinquedos ao final da atividade, pode ter sido extrapolada para a situação domiciliar. Algumas mães relataram que, em casa, as crianças estavam mais preocupadas em guardar seus brinquedos depois de usá-los, mesmo sem a solicitação do adulto para que se comportassem desta maneira.

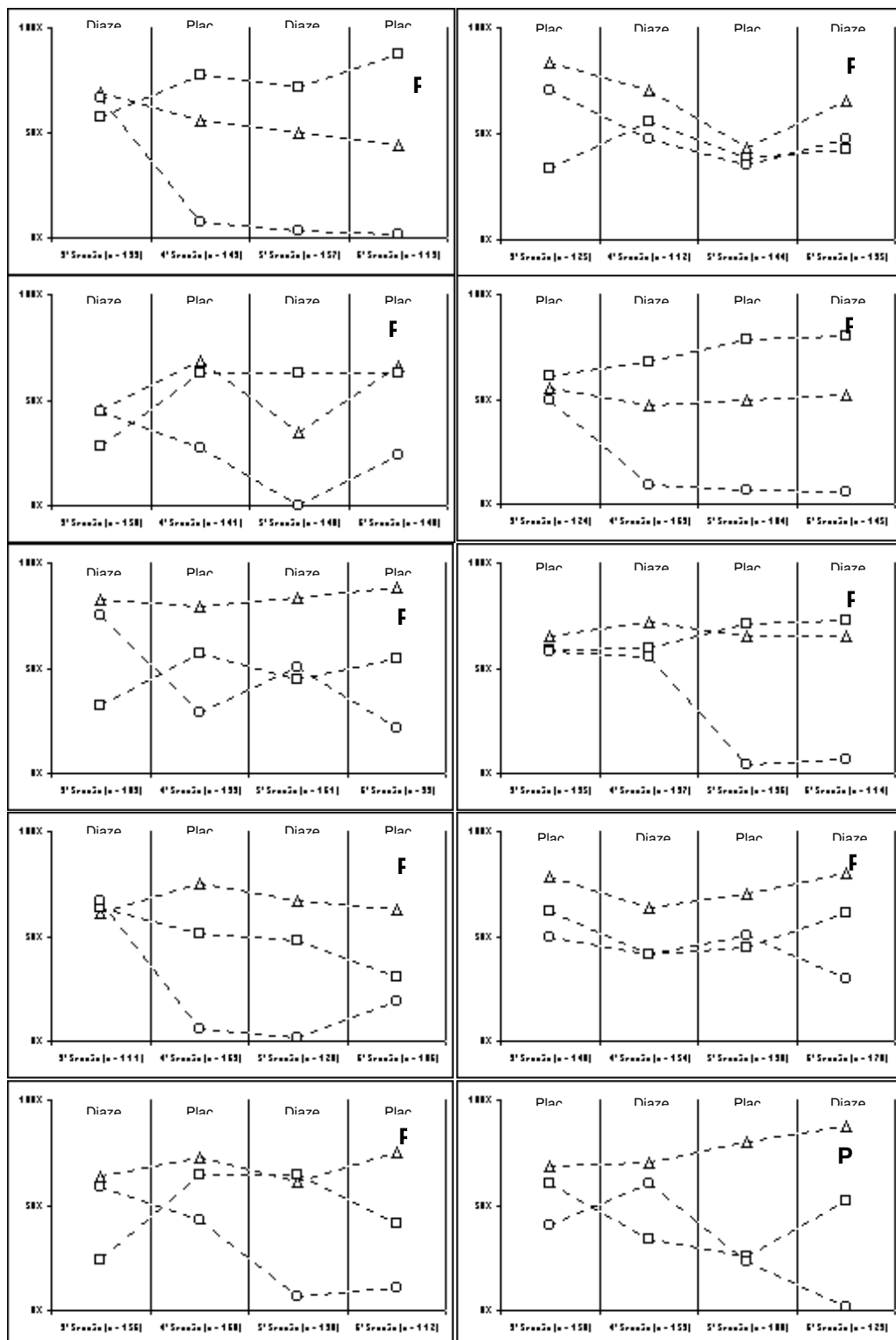


Figura 12: Frequências relativas médias das categorias de comportamento da dentista, durante as sessões de atendimento curativo de P1 e P10.

A Figura 12 mostra as frequências relativas médias das categorias de comportamento da dentista, durante o atendimento de cada participante (P1 a P10) ao longo das quatro sessões de atendimento curativo (3ª a 6ª sessão).

Observando as linhas pontilhadas com esferas vazias, referente à categoria de comportamento Contenção Física (CF), percebe-se uma tendência decrescente de ocorrência da 3ª para a 6ª sessão para todos os participantes. Esta categoria de comportamento relaciona-se diretamente com a categoria de comportamento Reação Física Intensa da criança. Isto porque a contenção é usada quando a criança manifesta comportamentos que impedem o início da atuação do dentista (Recusa) e se mantém enquanto a criança tenta interromper a sessão (Resistência à Contenção). Assim, as curvas de RFI e CF seguem as mesmas direções, isto é, embora com frequências diferentes, seguem tendências semelhantes ao longo das sessões. Devido à alta resistência encontrada nas crianças da amostra, foi impossível iniciar qualquer tipo de procedimento restaurador sem a utilização da estratégia de contenção física. FANNING *et al.* (1997) e TEN BERGE *et al.* (1999) concordam que, ao lidar com crianças altamente resistentes, o dentista necessita usar por mais vezes estratégias de direção e controle e que, em alguns casos, é praticamente impossível tratá-las sem usar contenção física. Este tipo de controle, exercido de maneira a evitar que a criança se fira ou cause danos aos membros da equipe odontológica, pode possibilitar a chance da criança enfrentar a situação (MELAMED & WILLIAMSON, 1994).

O trabalho de POSSOBON (2000) mostrou uma redução gradual e acentuada na frequência de comportamentos de não – colaboração ao longo das sessões após a utilização da contenção física. A análise dos resultados mostrou que, ao longo das 5 primeiras sessões de atendimento, durante as quais tentava-se convencer a criança a colaborar com o dentista e permitir a sua atuação, somente por meio de estratégias de persuasão, de direção e reforçamento contingente, houve um aumento acentuado dos comportamentos de resistência ao tratamento. Embora a criança se mostrasse mais relaxada e descontraída a cada sessão, os comportamentos manifestados no sentido de não permitir a atuação do dentista aumentavam em frequência e em intensidade. Ao contrário, ao ser introduzida a estratégia de contenção física na 6ª sessão, a média da frequência de colaboração aumentou sensivelmente, mostrando uma adaptação da criança ao longo das sessões e uma melhora acentuada na qualidade da relação dentista – criança.

A frequência da categoria Direciona Comportamento (DC – triângulo vazio) aumentou ao longo das sessões, sendo maior na 6ª do que na 3ª sessão para P2, P3, P4, P5, P9 e P10, embora as curvas tenham se comportado de maneira diferente ao longo das sessões para cada participante. Para os demais participantes (P1, P6, P7 e P8), a queda da frequência desta categoria da 3ª à 6ª sessão foi, em média, de 12%, sendo que para P8 a diferença foi de apenas 0,3% entre a 3ª e a 6ª sessão. De maneira geral, a dentista emitiu esta categoria com alta frequência ao longo das sessões. Os resultados do trabalho de TENBERGE (1999) também mostram que, em se tratando de crianças resistentes, o dentista tende a usar mais estratégias de direção e explicação, na tentativa de conseguir convencer a criança a colaborar ou, ao menos, comportar-se de forma a atrapalhar minimamente a

atuação do dentista. MELAMED & WILLIAMSON (1994) concordam com estes achados e sugerem que, mostrar segurança e firmeza ao dirigir e orientar os comportamentos da criança, sem usar o controle como um meio de puni-la, podem auxiliar a minimizar a ansiedade e melhorar a aceitação ao tratamento.

Quanto à categoria Distrai, Tranqüiliza e/ou Elogia (DTE), houve aumento na frequência da 3ª a 6ª sessão para todos os participantes, exceto para P4, P9 e P10. As curvas foram semelhantes para P1, P2 e P6 (aumentou da 3ª para a 4ª sessão, caiu na 5ª e voltou a aumentar na 6ª sessão) e para P2, P7 e P8 (aumentando a cada sessão). Naturalmente, com a diminuição da frequência dos comportamentos de RFI e RVI, esta categoria de estratégias pode ser mais utilizada. O trabalho de CARDOSO (2002) mostrou que, frente aos comportamentos de crianças colaboradoras, os dentistas tendem a usar uma diversidade maior de estratégias de manejo (reforço, distração, etc.). Por outro lado, frente às crianças não-colaboradoras, que necessitaram de contenção física, foi observado que os dentistas predominantemente focalizavam a sua ação no sentido de conter o comportamento de recusa. Entretanto, é importante salientar que, no presente trabalho, a categoria DTE manteve-se alta durante todo o tratamento, embora fosse mais freqüente nos momentos em que ocorria mais colaboração. O uso de estratégias agradáveis, principalmente a distração, parecem auxiliar a minimizar a aversividade da situação. Esta afirmação é compartilhada por CORAH *et al.* (1979) que citam que a distração pode ajudar a aliviar a ansiedade e aumentar a tolerância à dor.

5.3. COMPARAÇÃO ENTRE AS SESSÕES DIZEPAM E AS SESSÕES PLACEBO

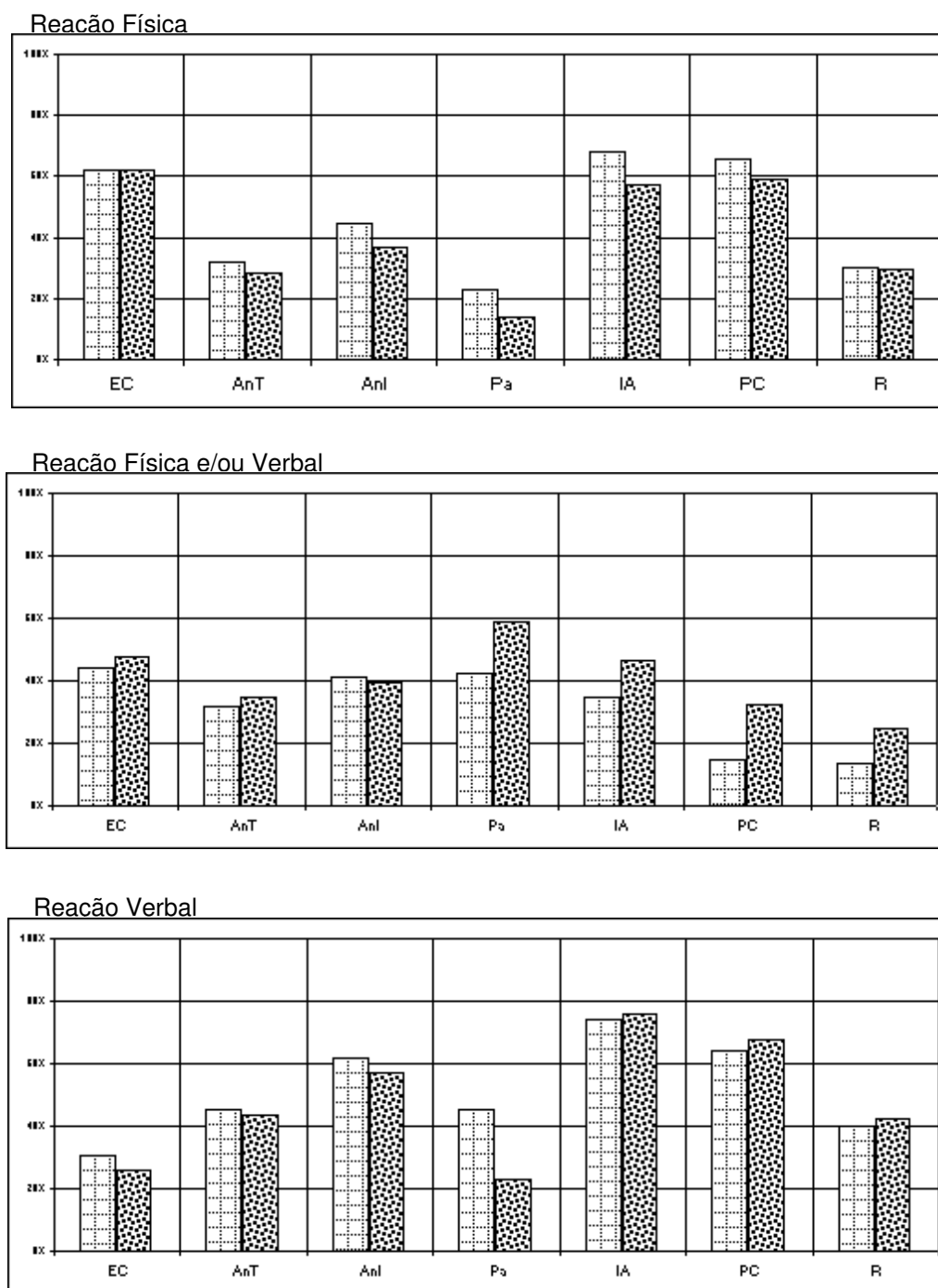


Figura 13: Média das freqüências relativas das categorias de comportamento de todos os Participantes nas sessões em que receberam Diazepam e nas sessões em que receberam Placebo.



A Figura 13 mostra as freqüências relativas médias das categorias de comportamento dos participantes durante cada procedimento clínico, sob a vigência do Diazepam e do Placebo.

A observação desta figura permite perceber que as maiores freqüências de comportamentos da categoria Reação Física Intensa, tanto para as sessões com Diazepam como para as sessões com Placebo, ocorreram durante os procedimentos de Exame Clínico, Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário, seguidos pela Anestesia Injetável, Anestesia Tópica e Restauração. RFI pode ser considerada a categoria de comportamento mais importante quando se deseja avaliar o grau de dificuldade oferecido pela criança durante o tratamento odontológico: a manifestação destes comportamentos impede o início, interrompe ou atrasa o tratamento, requerendo a utilização da contenção física. Assim, a Anestesia Injetável não foi o procedimento que provocou maiores dificuldades para o tratamento, como se esperava no início deste estudo, devido a ser descrita na literatura como um procedimento aversivo. Entretanto, confirmou-se o Preparo Cavitário como sendo uma rotina que provoca altas taxas de não-colaboração (KLEINKNECHT et al., 1973; MILGROM *et al.*, 1988 e COSTA & MORAES, 1994).

Em relação à categoria Reação Física e/ou Verbal Branda, as maiores freqüências ocorreram durante Exame Clínico, Anestesia Injetável e Isolamento Absoluto, seguidos pela Anestesia Tópica e Preparo Cavitário. Como já foi dito, a criança que apresenta RFVB está demonstrando ansiedade. Assim, parece que o início (Exame Clínico) e o “reinício”

(Isolamento Absoluto) da sessão são os momentos que eliciam mais comportamentos que demonstram a presença de ansiedade, além da rotina de Anestesia Injetável. Neste sentido, descartando as rotinas de Exame Clínico e Isolamento Absoluto, pelo possível significado (início e reinício da sessão), parece que Anestesia Injetável, embora não tenha provocado as maiores taxas de comportamentos que dificultavam e/ou impediam a atuação do dentista (RFI), foi a rotina que eliciou maior nível de ansiedade.

Para a categoria de comportamento Reação Verbal Intensa, as maiores frequências ocorreram durante Isolamento Absoluto, Preparo Cavitário e Anestesia Injetável, seguidos pela Anestesia Tópica e Restauração.

É importante observar a alta frequência de comportamentos de não-colaboração que ocorreram durante procedimentos que não são, geralmente, considerados aversivos, tais como o Exame Clínico e o Isolamento Absoluto. De maneira semelhante, ambos representam, para o paciente, o início do tratamento: o Exame Clínico por ser o primeiro procedimento da sessão e o Isolamento Absoluto por ocorrer após um episódio de Pausa, em que a sessão é “interrompida” por alguns minutos, podendo produzir, na criança, a expectativa de que a sessão havia sido encerrada. Estes procedimentos podem ter sido percebidos como sinalizadores de eventos aversivos próximos. Como a sequência de procedimentos foi a mesma para todos os participantes e em todas as sessões, sugere-se que a criança, por experiência direta, aprende a sequência de rotinas odontológicas e identifica que determinados eventos não aversivos (Isolamento Absoluto, por exemplo) ocorrem previamente a eventos invasivos (Preparo Cavitário, por exemplo). Tal identificação constitui uma situação estabelecadora para a evocação de comportamentos não-

colaborativos com a (nova) rotina odontológica (invasiva) em andamento e com o tratamento como um todo.

Considerando que o conceito de situação estabelecadora envolve a exposição do indivíduo a um evento ambiental de caráter motivacional, Exame Clínico e Isolamento Absoluto são contingências que aumentam a probabilidade do desencadeamento de reações de RFI e RVI. Ambos significam o momento em que a dentista posiciona a criança na cadeira e inicia - ou reinicia - o tratamento. Foi justamente durante estes procedimentos que se registraram altas frequências de comportamentos de não-colaboração, que provavelmente estão sendo manifestados na tentativa da criança de esquivar-se dos procedimentos aversivos que se seguirão ou fugir dos procedimentos aversivos já em andamento. Dessa maneira, Exame Clínico e Isolamento Absoluto não podem ser avaliados de maneira isolada, por transmitirem a falsa idéia de que são eventos aversivos por si só.

Entretanto, mesmo não tendo sido o objeto principal do estudo, pesquisadores tais como YANASE *et al.* (1996) e RAM *et al.* (1999), encontraram índices de não-colaboração semelhantes durante os procedimentos de Anestesia Injetável, Preparo cavitário e Isolamento Absoluto. Isto demonstra que o dentista deve considerar a aversividade potencial do Isolamento Absoluto e planejar estratégias psicológicas que minimizem os aspectos negativos deste procedimento. A maioria dos estudos que investigam os aspectos mais aversivos da situação odontológica e apontam apenas Preparo cavitário e Anestesia Injetável, utilizam o *Child's Fear Survey Schedule* (MELAMED & LUMLEY, 1988), um instrumento de coleta de dados que não contempla o procedimento de Isolamento Absoluto. Talvez este seja o motivo pelo qual a aversividade deste procedimento não esteja sendo investigada.

De qualquer modo, o procedimento de Isolamento Absoluto foi aquele que eliciu maiores frequências de comportamentos de não – colaboração (somando-se as três categorias de comportamento), superando o Preparo Cavitário e a Anestesia Injetável, embora tenha sido o procedimento de menor tempo de duração: 4 minutos em média, contra 11 minutos do Preparo Cavitário e 14 minutos da Anestesia Injetável (Quadro II). De fato, o tempo não constitui um bom indicador de padrões de reação da criança, ou seja, a criança pode colaborar relativamente mais durante um procedimento mais longo do que durante um procedimento mais curto. Isto pode ser confirmado ao serem comparados os dados da Figura 13, principalmente em relação à categoria de comportamento RFI, e o Quadro II, que mostra o tempo médio de duração, em minutos, de cada procedimento, nas sessões Placebo e nas sessões Diazepam. O procedimento de Restauração, por exemplo, foi o mais demorado, mas foi também o que eliciu menores frequências de comportamentos de RFI. Depois da rotina Restauração, os procedimentos que demandaram maior tempo foram o Preparo Cavitário e a Anestesia Injetável. O Preparo Cavitário, possível de ser realizado em poucos minutos numa criança colaboradora, pode-se prolongar demasiadamente numa condição desfavorável. Isto porque esta é uma rotina bastante delicada, que exige um alto grau de atenção por parte do dentista, a fim de remover todo o tecido cariado e evitar a remoção desnecessária de tecido dental sadio, o que pode ocorrer quando a criança movimenta-se excessivamente.

Neste estudo, o tempo destinado à aplicação da anestesia injetável superou em muito o tempo preconizado pela literatura: 2 minutos para cada tubete (MALAMED, 2001). Isto ocorreu porque percebiam-se alterações comportamentais nas crianças quando a injeção era realizada de forma mais rápida. Talvez a expansão do tecido causasse sensações

de dor e a criança manifestasse alguns comportamentos, tais como choro e movimentos nervosos, na tentativa de livrar-se do procedimento ou de mostrar ao dentista os seus sentimentos, na expectativa de que ele pudesse auxiliá-la, removendo o estímulo doloroso. Entretanto, não foram encontrados na literatura trabalhos que pudessem sustentar esta informação. Ao contrário, MARAGAKIS & MUSSELMAN (1996) não encontraram correlações significativas entre o tempo de administração da anestesia e os comportamentos da criança.

Além disso, é importante relatar que a solução anestésica era injetada parte na face vestibular e parte na face palatina ou lingual da região do dente a ser tratado. Para a injeção na face palatina ou lingual, a dentista introduzia a agulha pela face vestibular já anestesiada, nas papilas interdentais mesial e distal, para que o anestésico pudesse ser depositado na outra face com o mínimo de desconforto. Esta manobra requer mais tempo do que quando se introduz a agulha diretamente na face palatina ou distal, mas produz menos sensações de dor.

Quadro II: Duração média, em minutos, de cada procedimento odontológico nas sessões em que as crianças receberam Diazepam e nas sessões em que receberam Placebo.

	Pr	EC	AnT	AnI	Pa	IA	PC	R	F
Diazepam	3,5	7,8	7,9	14	3,4	4,3	11,3	18	2
Placebo	3,3	7,4	8,5	14	3,5	3,9	10,1	15,3	1,9

Observando ainda a Figura 13, não é possível perceber diferenças importantes nas frequências de comportamentos de não – colaboração entre as sessões Placebo e as sessões Diazepam, para cada procedimento. Para verificar a ocorrência de diferenças significativas

entre as sessões Placebo e Diazepam, para cada uma das três categorias de comportamento da criança, foram feitas análises estatísticas, pelos testes de Friedman e de Wilcoxon pareado, descritos a seguir.

5.4. ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Foram realizados Testes de Wilcoxon pareado e de Friedman. As análises foram feitas somente para os procedimentos clínicos que eliciaram maiores frequências de comportamentos de não – colaboração: Anestesia Injetável, Isolamento Absoluto e Preparo Cavitário.

O teste de Wilcoxon pareado comparou as sessões Diazepam com as sessões Placebo, para cada categoria de comportamento (Reação Física Intensa, Reação Física e/ou Verbal Branda e Reação Verbal Intensa), em cada procedimento, para os três procedimentos considerados mais aversivos. O teste de Friedman e comparações múltiplas não-paramétricas comparou os procedimentos entre si, nas sessões Diazepam e nas sessões Placebo, para cada categoria de comportamento da criança.

Segundo o Teste de Wilcoxon pareado não houve diferença significativa ($p > 0,05$) entre as sessões Diazepam e as sessões Placebo, para nenhuma categoria de comportamento em nenhum procedimento.

Segundo o Teste de Friedman e comparações múltiplas não paramétricas, não houve diferença estatística significativa ($p > 0,05$) entre os procedimentos nas sessões Diazepam e nas sessões Placebo, para nenhuma categoria de comportamento.

A pesquisadora registrou, de maneira informal, sua percepção em relação a maior ou menor dificuldade durante a utilização da contenção física e alterações na interação da

criança com o ambiente e com a equipe odontológica, em todas as sessões. De certa forma, devido ao relaxamento muscular, nas sessões em que as crianças receberam o Diazepam, a força necessária para a contenção dos movimentos da criança foi percebida como sendo menor do que nas sessões em que se utilizou o Placebo, mostrando que a droga agiu como um agente facilitador da contenção física. Por outro lado, quando se observa a frequência relativa média da categoria de comportamento Reação Física Intensa (RFI), durante cada procedimento clínico (FIG. 13), percebe-se frequências mais altas de não – colaboração nas sessões com Diazepam.

Esperava-se que a droga permitisse a atuação plena do profissional, sem necessitar da utilização de contenção física, como ocorreu no estudo de FLAITS *et al.* (1986), que obtiveram sucesso ao tratar 12 crianças com idade entre 2 e 6 anos, usando 0,6 mg/Kg de peso de Diazepam. Ou, ao menos, que as crianças mostrassem melhoras comportamentais relevantes nas sessões em que receberam o medicamento, tal como relatado por YANASE *et al.* (1996), que encontraram comportamentos 60% melhores em todos os intervalos de tempo das sessões em que foi utilizado, exceto nos momentos da aplicação da anestesia.

Embora o Diazepam, na dose empregada, não tenha apresentado o resultado esperado, ele parece ter influenciado a maneira como a criança percebia o ambiente, alterando o seu comportamento de maneira sutil, como por exemplo, tornando P3 menos ansiosa, permitindo que ela prestasse atenção nas verbalizações da dentista durante a atividade lúdica e o início das sessões.

O medicamento causou um certo grau de relaxamento muscular, percebido pela equipe, principalmente na 5ª sessão de P1, na 3ª sessão de P3 e P4, na 6ª sessão de P7, na 4ª e 6ª sessões de P8 e na 4ª sessão de P9. Entretanto, estas não foram as sessões em que

houve maior colaboração, exceto a 6ª sessão de P7. Porém, a 6ª sessão foi justamente a sessão em que os participantes mais colaboraram, seja sob os efeitos do Diazepam ou do Placebo.

A droga também induziu sono na 3ª e 5ª sessões de P2 e na 4ª sessão de P7. Assim, das 20 sessões em que as crianças receberam Diazepam, houve a percepção da ação fisiológica do medicamento em 10 sessões, ou 50%, embora não tenha promovido a facilitação necessária para a realização do tratamento sem uso de contenção física.

Mesmo quando comportava-se de maneira inadequada, manifestando RFI durante boa parte da sessão, a criança que estava sob os efeitos do Diazepam mostrava-se mais receptiva às verbalizações da dentista, em especial durante a atividade lúdica. Entretanto, esta reação do medicamento foi percebida também com a dose de 0,3 mg/Kg de peso (POSSOBON, 2000). Portanto, para a melhora da interação dentista-criança, não se justifica o aumento da dose para 0,5 mg/Kg, uma vez que os resultados neste sentido foram bastante semelhantes e, quanto maior a dose, maior é a evidência de efeitos colaterais, tal como a sonolência.

Não havendo diferença significativa entre sessões Placebo e Diazepam, pode-se concluir que o Diazepam, na dose empregada, não foi eficaz para manejar os comportamentos das crianças, tendo apenas uma influência sutil sobre os participantes, facilitando a contenção e a interação dentista – criança.

Apesar da medicação não ter causado os efeitos desejados, houve uma melhora gradual nos comportamentos das crianças ao longo das sessões, possível de ser percebida pela observação das Figuras 1 a 11. Desta maneira, é importante a avaliação das relações

dentista – criança, para investigar a influência que as ações do dentista tiveram sobre os comportamentos da criança e vice-versa.

Assim sendo, será apresentada a seguir uma investigação sobre a relação entre as categorias de comportamento do paciente e as categorias de comportamento da dentista, durante cada procedimento odontológico, ao longo das quatro sessões de atendimento.

5.5. RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTOS: DENTISTA - PARTICIPANTES.

1. Reação Física Intensa x Contenção Física

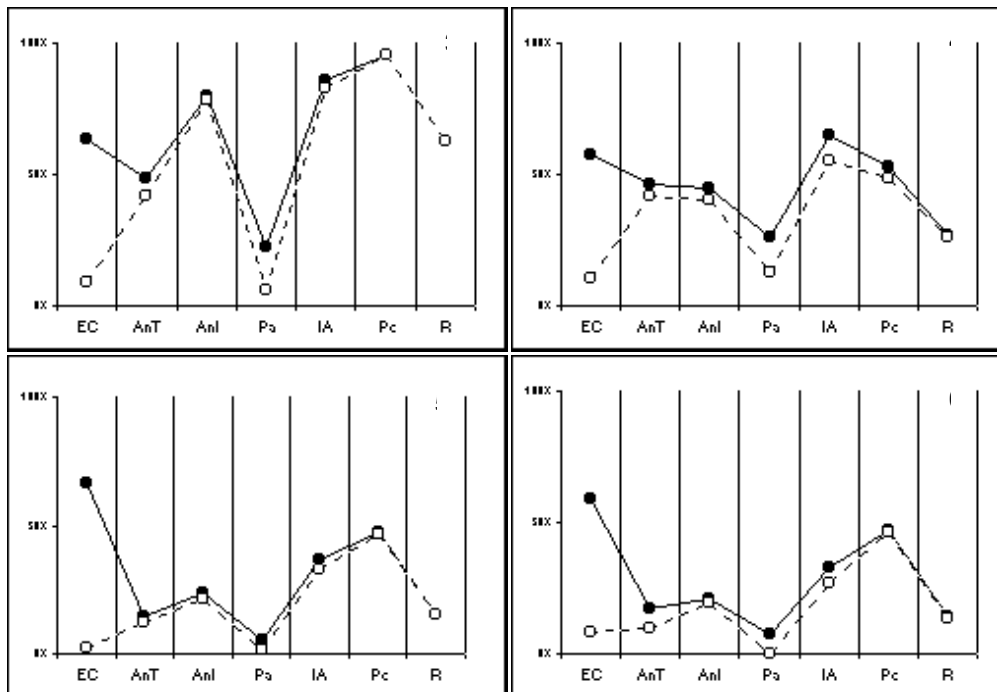


Figura 14: Frequência média das categorias de comportamento *Reação Física Intensa* (linha cheia) e *Contenção Física* (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4ª a 6ª) de todos os participantes.

As linhas referentes a estas duas categorias são quase coincidentes, com a curva da CF sempre um pouco abaixo da curva de RFI. Isto ocorre porque a categoria RFI envolve três padrões de comportamento: Recusa, Fuga e Resistência à Contenção. Como a contenção somente foi registrada nos intervalos de tempo em que ocorreu Resistência à Contenção, os intervalos em que ocorreram Recusa ou Fuga fizeram a diferença entre as

freqüências de RFI e CF. Isto pode ser observado principalmente durante o procedimento de Exame Clínico, quando a freqüência de RFI, representada predominantemente pelo comportamento de Recusa, superou em muito a freqüência de CF. Somente após 5 minutos tentando persuadir a criança a colaborar é que a dentista empregava a CF, caso a criança não permitisse o início do tratamento.

Em relação a RFI, observa-se que a aversividade da situação diminuiu de Preparo Cavitário para Restauração e, exceto na 4ª sessão, o Preparo Cavitário superou a aversividade do Isolamento Absoluto. Na 3ª e 4ª sessão a freqüência de RFI apresentou-se maior durante o Isolamento Absoluto do que durante o Exame Clínico.

O comportamento de Recusa, da categoria RFI, foi reforçado pela dentista no início das sessões, quando ela não realizava o tratamento sem a permissão da criança. Para a dentista, este comportamento foi tido como um estímulo discriminativo para a não ocorrência do tratamento, pois ao recusar, a criança impedia que a profissional realizasse as tarefas programadas e ela não obtinha sucesso no tratamento. Por sua vez, para a criança, CF foi uma punição, ou seja, um estímulo aversivo que a obrigou a receber o atendimento. A Resistência à Contenção pode ter sido a sua resposta à esta punição.

2. Reação Física Intensa x Direciona Comportamento

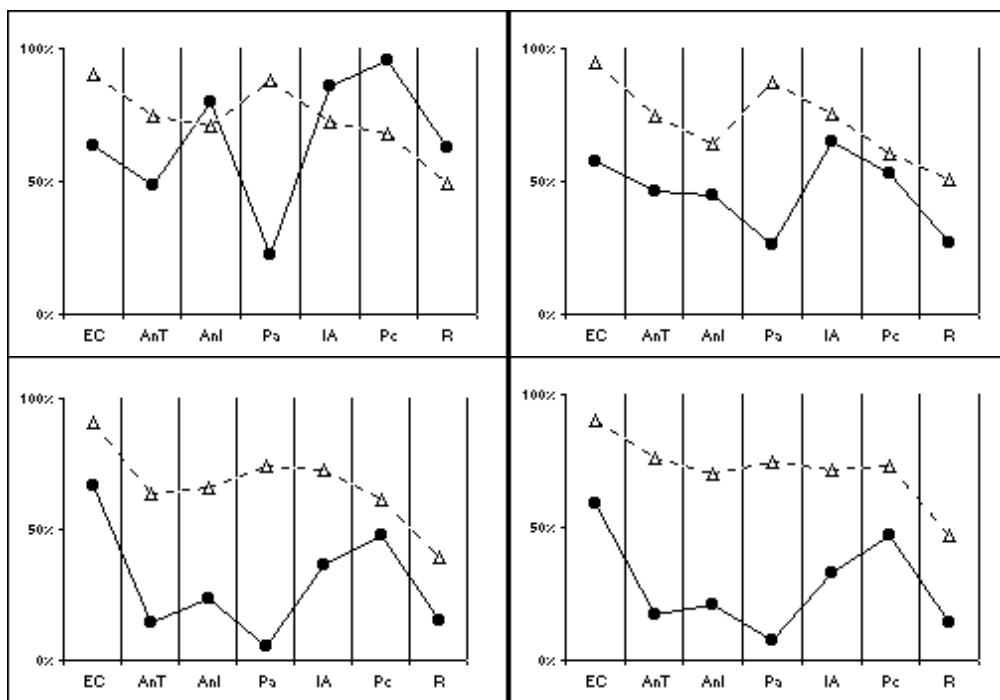


Figura 15: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Física Intensa* (linha cheia) e *Direciona Comportamento* (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4ª a 6ª) de todos os participantes.

A categoria de comportamento DC foi a mais freqüente categoria da dentista em todas as sessões. A curva referente à DC acompanhou a curva referente a RFI, numa freqüência mais alta, durante todos os procedimentos e em todas as sessões, exceto durante a Pausa, quando diminuiu a freqüência de RFI e aumentou DC. Isto significa que a dentista aproveitava a Pausa, quando a criança ficava mais tranqüila, para orientá-la sobre como deveria ser o seu comportamento ou sobre os procedimentos que seriam realizados em

seguida. Pode-se inferir que DC exercia um certo controle sobre a ocorrência de RFI (e também sobre RVI) e que, caso DC não tivesse ocorrido em tão alta frequência, poderia ter ocorrido maiores frequências de RFI (e RVI) ou pelo menos a manifestação desta(s) categoria(s) poderia(m) ter sido mais intensa.

Durante o Exame Clínico, a frequência de DC é próxima de 100%, indicando que este também foi um momento utilizado pela dentista para orientar a criança e tentar obter a sua colaboração para o tratamento. Ao contrário, durante o procedimento de Restauração, quando a frequência de RFI foi baixa, também diminuiu a frequência de DC, pois não houve mais necessidade de fornecer muitas instruções como ocorria durante outros procedimentos. Estes resultados estão de acordo com o trabalho de WEINSTEIN *et al.* (1982b), no qual os comportamentos do dentista não dependem unicamente de sua experiência, mas também é determinado pelo nível de colaboração das crianças.

Neste tipo de análise, não é possível determinar com certeza qual comportamento está sob o controle do outro. DC parece restringir algumas ocorrências de RFI, por ser uma categoria basicamente de orientação de comportamento. Por outro lado, DC é mais frequente durante a manifestação de maiores frequências de RFI e diminui quando diminui a frequência de manifestação de RFI. Assim, parece haver uma influência mútua entre os comportamentos da criança e da dentista.

3. Reação Física Intensa x Distrai, Tranqüiliza e Elogia

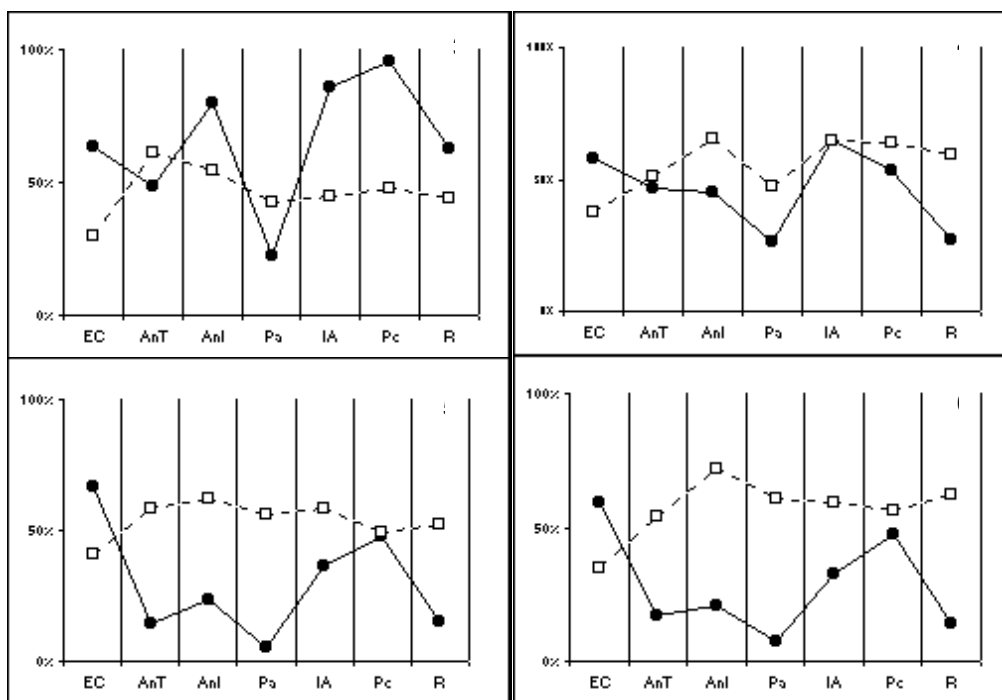


Figura 16: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Física Intensa* (linha cheia) e *Distrai, Tranqüiliza e/ou Elogia* (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4ª a 6ª) de todos os participantes.

As curvas referentes à DTE são as que menos oscilam, mantendo uma frequência alta (acima de 50%), ao longo de todos os procedimentos, em todas as sessões, independente da maior ou menor frequência de RFI. Na verdade, esta parece ser a categoria que menos se relacionou com RFI: a criança que manifesta RFI não parece estar susceptível à DTE.

Diferentemente de CF e de DC, categorias de comportamento que estão diretamente relacionadas com o comportamento da criança, ou seja, categorias que demonstram que o dentista estava sob as contingências da situação, da qual o comportamento da criança é parte integrante, a categoria DTE parece ter sido controlada por outro tipo de regra. O comportamento da dentista em relação à DTE parece refletir experiências anteriores em situações semelhantes, durante as quais estas estratégias (cantar, conversar, elogiar e tranquilizar) podem ter se mostrado eficazes no controle do comportamento da criança ou, ao menos, ter influenciado de forma positiva a relação dentista – criança, importante para minimizar a aversividade da situação.

Assim, é interessante observar que DTE foi mais freqüente durante os procedimentos mais aversivos, como a Anestesia Injetável e o Isolamento Absoluto, talvez porque a experiência da profissional tenha mostrado que é importante manter a criança distraída durante a realização destes procedimentos. Num estudo anterior, POSSOBON *et al.* (1998), mostraram que a distração pode contribuir para diminuir a ansiedade e auxilia a criança a enfrentar a situação odontológica de uma forma mais agradável e natural.

WEINSTEIN *et al.* (1982a) perceberam que, em geral, comportamentos indicadores de medo são menos freqüentes quando o dentista dirige e reforça o comportamento da criança. O reforçamento específico, quando o dentista elogia o comportamento da criança imediatamente após sua manifestação, tem um papel potencial na redução de não-colaboração.

4. Reação Física e/ou Verbal Branda x Contenção Física

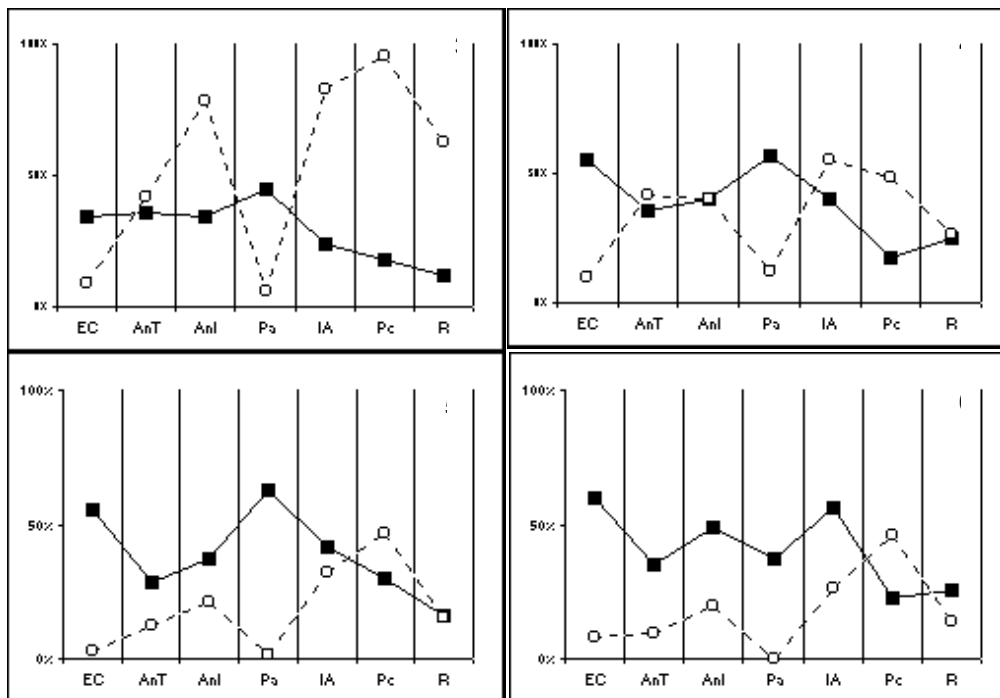


Figura 17: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Física e/ou Verbal Branda* (linha cheia) e *Contenção Física* (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4ª a 6ª) de todos os participantes.

As curvas referentes a estas duas categorias não estão relacionadas, mostrando que dentista empregou CF motivada por outros comportamentos da criança (como RFI) e não por causa dos comportamentos de RFVB, ou seja, não se estabelece uma relação funcional pois CF não foi controlada por RFVB.

5. Reação Física e/ou Verbal Branda x Direciona Comportamento

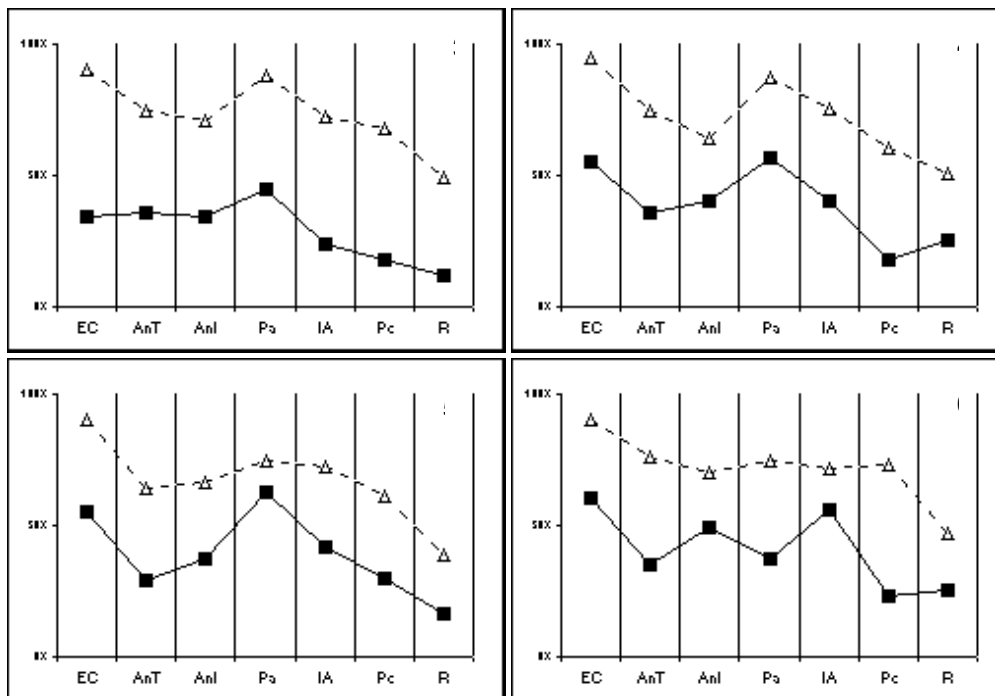


Figura 18: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Física e/ou Verbal Branda* (linha cheia) e *Direciona Comportamento* (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4^a a 6^a) de todos os participantes.

Depois da relação entre RFI e CF, as curvas referentes à RFVB e à DC são as mais semelhantes, com DC em maior frequência do que RFVB. A relação entre estas curvas parece demonstrar que a dentista utilizou DC independente do procedimento odontológico que estava sendo realizado, ou seja, a profissional manteve uma rotina de explicações sobre os procedimentos e solicitações para que a criança colaborasse durante toda a sessão.

A categoria RFVB aumentou durante a Pausa, exceto na 6ª sessão, enquanto as outras categorias diminuíram. Neste momento, em que foi permitido à criança descansar, ou seja, foi interrompido uso da CF, ela manifestou apenas choramingo ou movimentos brandos de corpo.

6. Reação Física e/ou Verbal Branda x Distrai, Tranqüiliza ou Elogia

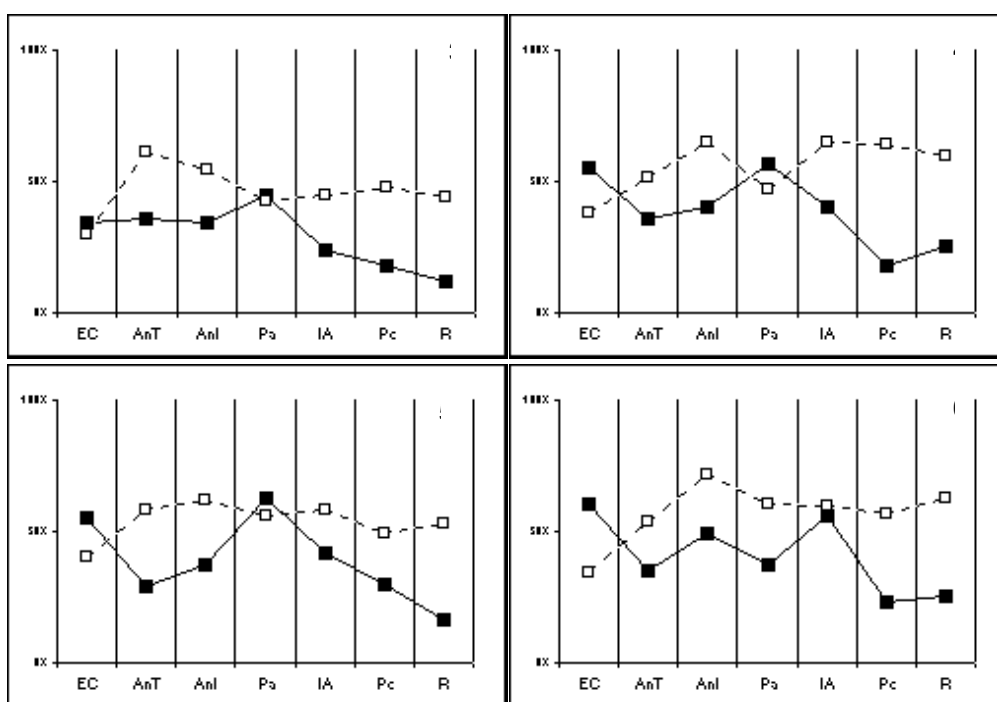


Figura 19: Freqüências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Física e/ou Verbal Branda* (linha cheia) e *Distrai, Tranqüiliza e/ou Elogia* (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4ª a 6ª) de todos os participantes.

Como já foi dito anteriormente, DTE é a categoria da dentista que menos se modificou ao longo da sessão, ou seja, é a categoria mais estável, independente do procedimento que estava sendo realizado.

RFVB mostrou-se menos sensível aos procedimentos odontológicos do que RFI, o que pode ser observado, por exemplo, durante o procedimento de Anestesia Injetável ou Preparo Cavitário, quando aumentaram as frequências de RFI e RVI, sem variar o nível de RFVB. Parece que RFVB foi uma resposta de enfrentamento usada pela criança, inerente à situação de tratamento. De certa forma, o comportamento de choramingar pode ter diminuído o nível de desconforto ou o grau de aversividade percebida pela criança.

A manifestação de RFVB parece ser sensível à DTE, uma vez que RFVB pode ser entendida como uma resposta indicadora de ansiedade e Distração pode auxiliar a diminuir a ansiedade. Assim, nesta relação, o comportamento da criança altera-se em função do comportamento da dentista.

7. Reação Verbal Intensa x Contenção Física

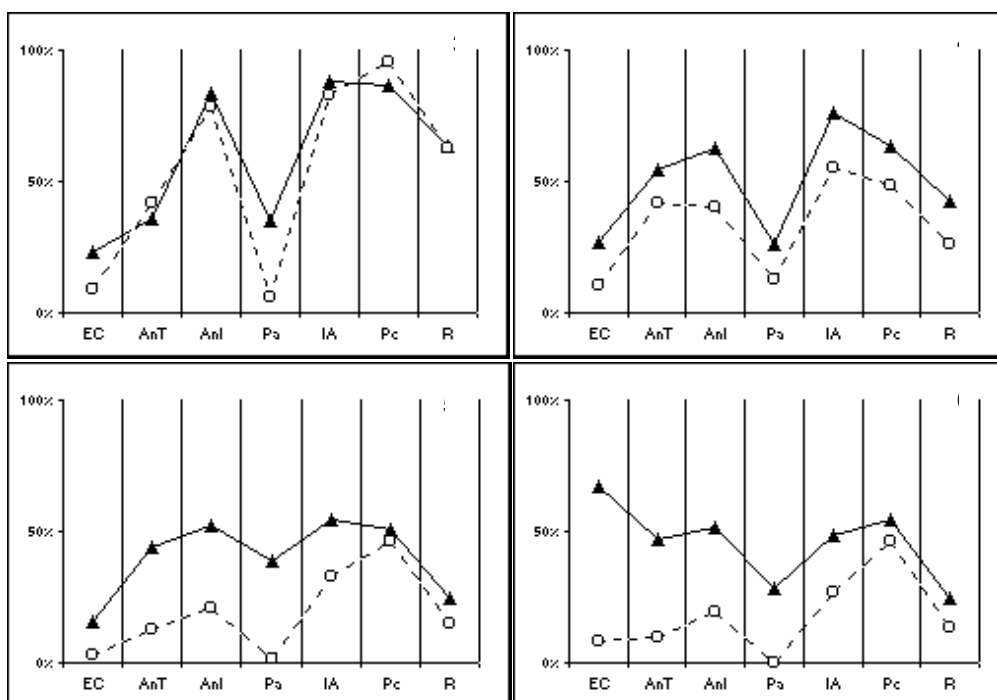


Figura 20: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Verbal Intensa* (linha cheia) e *Contenção Física* (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4ª a 6ª) de todos os participantes.

As curvas referentes a estas duas categorias são semelhantes, embora RVI tenha sido mais freqüente do que CF. Esta semelhança, observada na comparação entre RFI e CF, ocorreu porque, quando a criança apresentava RFI ela também apresentava RVI, ou seja, toda vez que a criança estava resistindo à contenção, ela gritava ou chorava alto. O contrário nem sempre foi verdadeiro, ou seja, a criança podia ter permanecido gritando e

chorando o tempo todo, embora estivesse permitindo a atuação da dentista. É por este motivo que, quando se comparam as curvas referentes a RVI e RFI, percebe-se a semelhança, embora RVI tenha frequências mais altas, exceto durante o Exame Clínico, quando a categoria RFI é representada quase que totalmente pelo comportamento de Recusa, quando a criança não manifesta choro alto ou grito.

Uma observação interessante é a de que, somente na 6ª sessão, ocorreu a diminuição da frequência de RVI de Exame Clínico para Anestesia Tópica e o aumento da frequência de Isolamento Absoluto para Preparo Cavitário.

Assim, não se estabelece uma relação funcional.

8. Reação Verbal Intensa x Direciona Comportamento

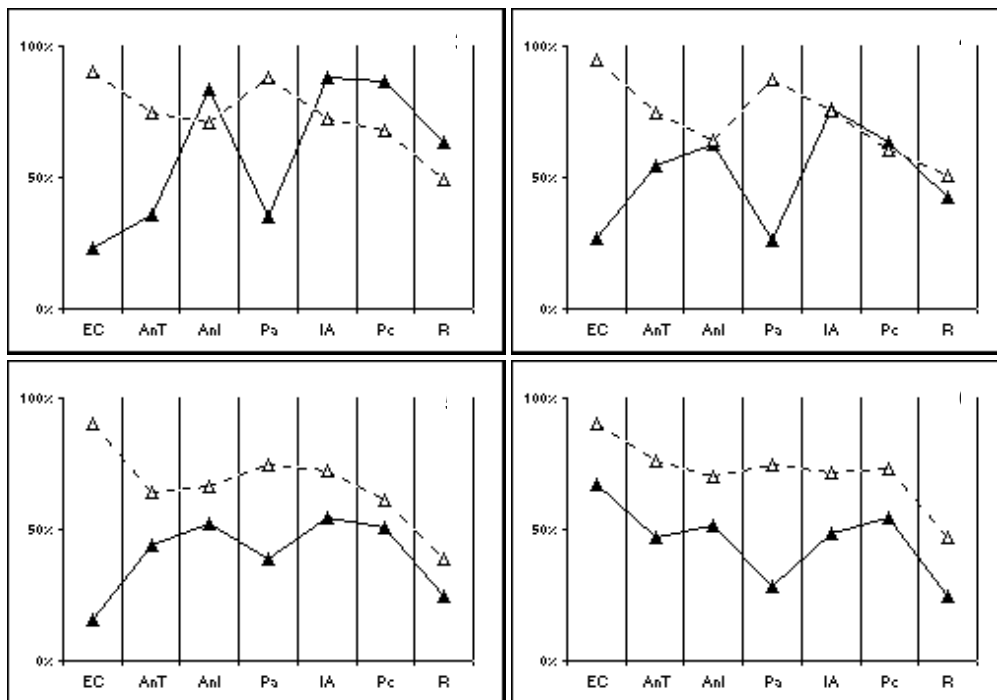


Figura 21: Frequências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Verbal Intensa* (linha cheia) e *Direciona Comportamento* (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4^a a 6^a) de todos os participantes.

A categoria de comportamento DC manteve com RVI a mesma relação que manteve com RFI. Durante a Pausa, diminuiu RVI, o que permitiu que a dentista direcionasse o comportamento da criança, o mesmo ocorrendo durante o Exame Clínico, quando a criança ainda não havia começado a emitir RVI. Quando a criança manifesta menos RVI, a dentista pode utilizar DC com maior frequência.

9. Reação Verbal Intensa x Distrai, Tranqüiliza ou Elogia

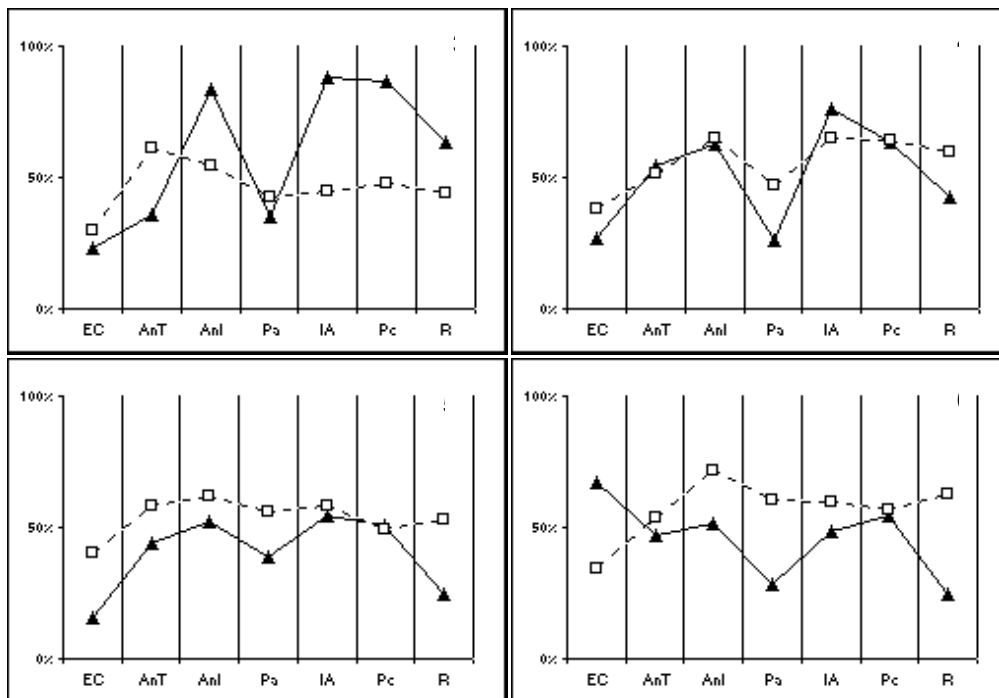


Figura 22: Freqüências relativas médias das categorias de comportamento *Reação Verbal Intensa* (linha cheia) e *Distrai, Tranqüiliza e/ou Elogia* (linha tracejada), ao longo de cada procedimento clínico, durante as 4 sessões de atendimento curativo (4^a a 6^a) de todos os participantes.

A categoria de comportamento DTE foi pouco variável, mas teve uma relação mais próxima de RVI do que das outras categorias, exceto na 3^a sessão. Assim, parece que a categoria RVI foi mais sensível à estratégia DTE do que a categoria RFI ou RFVB. Esta relação também pode ser avaliada no sentido inverso, ou seja, como RVI atrapalha a utilização de DTE, pode ser que o comportamento da dentista tenha variado em função do comportamento da criança.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS e PROPOSTAS PARA NOVOS ESTUDOS

Parte dos trabalhos apresentados no capítulo de Revisão de Literatura, mostram uma grande preocupação em extinguir os comportamentos de não-colaboração, apenas com o objetivo de permitir a atuação plena do dentista, sem considerar que a ansiedade do paciente ainda está presente e será manifestada durante o próximo tratamento (FANNING *et al.*, 1997; BERGE, 1999). Outros trabalhos, embora tenham tido um relativo sucesso em suas tentativas de minimizar a ansiedade, não foram capazes de eliminar por completo os seus efeitos (THOM *et al.*, 2000).

Embora muito esforço esteja sendo feito no sentido de se descrever técnicas eficientes e seguras para diminuir a ansiedade e melhorar o comportamento do paciente, em especial do paciente infantil, poucos estudos na área odontológica abordam a questão da preparação da criança para submeter-se a procedimentos invasivos. Prevenir a instalação de medos específicos ao tratamento odontológico deveria ser a temática mais abundantemente explorada pelos pesquisadores, justamente por se perceber, através da literatura, a dificuldade em se extinguir ou, ao menos minimizar, os efeitos de uma atuação odontológica negligente. Está claro que, evitar a dor e o sofrimento, impedindo que o indivíduo passe a temer o tratamento, é mais fácil do que implementar estratégias para tratar o paciente temeroso.

É obvio que o tratamento odontológico constitui um desafio para o paciente e para o profissional, devido às condições aversivas freqüentemente percebidas. A aversividade do

tratamento odontológico pode tornar-se ainda maior quando a primeira visita da criança ao dentista acontece numa situação de urgência. Alguns trabalhos abordam a relação entre experiências dolorosas ocorridas nas primeiras sessões de atendimento e ansiedade e conseqüentes comportamentos de esquiva (De JONGH *et al.*, 1995; LIDDELL & GOSSE, 1998; TOWNEND *et al.*, 2000). Na situação de urgência, o profissional não dispõe de tempo para condicionar a criança ao ambiente odontológico e nem aos procedimentos que serão realizados, uma vez que a prioridade no momento é a eliminação da dor e, em alguns casos, a interrupção de processos infecciosos que podem acarretar problemas de saúde sistêmicos. Após este primeiro contato, é necessária a realização de diversas sessões, durante as quais o dentista deve condicionar a criança ao tratamento, usando estratégias psicológicas de manejo do comportamento, que visem familiarizar a criança com o consultório e auxiliá-la a aceitar a realização do tratamento. A realização de procedimentos pouco invasivos e o cuidado no estabelecimento de uma boa interação com a criança, parecem ser as ações mais corretas quando se deseja ganhar a confiança da criança.

Em muitos casos, porém, a criança é encaminhada ao consultório odontológico apresentando uma condição bucal que não requer intervenção imediata e, portanto, os tratamentos invasivos necessários devem ocorrer após sessões iniciais em que são realizados procedimentos menos complexos e com menor potencial gerador de dor e desconforto. Nestas circunstâncias, o profissional pode e deve lançar mão de estratégias específicas para familiarizar a criança com o tratamento e ensiná-la como comportar-se durante a sessão, minimizando a aversividade da situação. Porém, muitos profissionais ainda desconhecem e não sabem como identificar as necessidades da criança e seu acompanhante de receber suporte psicológico na situação odontológica.

Estas situações (os tratamentos de urgência e a falta de habilidade do dentista em lidar com o paciente infantil) podem levar a criança a desenvolver medo do tratamento odontológico, o que parece ser um fator predisponente para comportamentos de não-colaboração.

Comparando os resultados descritos por POSSOBON (2000) com os resultados do presente trabalho, sugere-se que as sessões iniciais devem ser utilizadas para preparar a criança para receber o tratamento curativo, sem, contudo, reforçar comportamentos de esquiva. Como descrito por POSSOBON (2000), quando o tratamento não é realizado devido à alta frequência de comportamentos de não-colaboração da criança, ocorre o reforçamento deste padrão de comportamento e a resistência da criança ao tratamento tende a aumentar ao longo das sessões, dificultando ainda mais a atuação profissional do dentista. Assim, sugere-se que duas sessões iniciais podem ser suficientes para que o profissional prepare adequadamente o paciente, observando o seu comportamento e planejando as sessões, de forma a adequar a sequência de procedimentos clínicos com a conduta comportamental.

Entretanto, vale a pena ressaltar que, cada criança se comporta de maneira única e necessita de mais ou menos tempo para adaptar-se à situação de tratamento e para estabelecer uma boa interação com o profissional. Assim, o dentista deve estar atento aos comportamentos do paciente, observando pequenas alterações que podem determinar se está ou não no momento de iniciar uma intervenção mais invasiva. Um exemplo interessante é o que ocorreu com P4. Seus comportamentos pareciam estar melhorando da primeira até o início da terceira sessão, quando ocorreu o emprego da contenção física. Avaliando todas as sessões deste participante, percebe-se uma melhora sutil e gradativa em

termos de interação com a dentista, que se refletiu em seu comportamento social. O padrão crescente de interação, no entanto, parece ter sido deteriorado pela contingência de intervenção sob contenção física. Pode-se inferir que, caso o tratamento curativo tivesse sido postergado por mais uma ou duas sessões, sem que trouxesse prejuízos à sua saúde bucal, tal adiamento poderia ter permitido que a criança adquirisse um repertório de comportamentos potencialmente mais colaborativo para aceitar as intervenções de caráter invasivo.

Tal observação implica que não há um número pré-determinado de sessões, padronizado para todos os pacientes, pois cada criança reage de uma maneira às estratégias de manejo de comportamento empregadas. Assim, quanto mais o profissional conhecer o seu paciente, mais chances tem de obter e manter sua colaboração durante o tratamento.

Desta maneira, o emprego da contenção física deve ser o recurso derradeiro, após o emprego de uma ampla variabilidade de estratégias de manejo do comportamento. Ainda assim, a contenção deve ser devidamente autorizada pelos pais e feita na presença e com o auxílio deles e com total controle emocional por parte do profissional, para que não seja utilizada apenas como uma forma de punir a criança, mostrando à ela que quem comanda a situação. Ao utilizar a contenção física, estratégias não-aversivas de manejo do comportamento devem ser empregadas concomitantemente, em caráter complementar. Por exemplo, a utilização de contenção física com pequenas pausas para reforçamento de comportamentos colaborativos, mesmo que breves e sutis, ou o uso de estratégias de distração, enquanto a criança está sob contenção, constituem opções viáveis e potencialmente eficientes.

Observa-se que a saúde bucal da criança deve ser avaliada para considerar a possibilidade da utilização da contenção em uma determinada sessão, em que haja urgência na realização do tratamento, para conduzir as sessões seguintes de maneira mais amena, respeitando os limites da criança, sem, contudo, permitir que ela controle a situação, determinando de forma integral a realização ou não do tratamento.

Isto equivale a dizer que, em muitas circunstâncias é o paciente quem controla a situação de tratamento, embora o dentista deva estar atento para perceber as variabilidades do comportamento da criança em função de seu próprio comportamento. Isto ficou claro para a pesquisadora e para os psicólogos que realizaram a observação das fitas de vídeo - tape das sessões. As mesmas estratégias de manejo, empregadas pela mesma profissional, podem ter sido percebidas de maneira diferente por cada criança e isto ter provocado resultados diversos sobre o comportamento dos participantes.

A influência do comportamento da dentista sobre o comportamento da criança foi claramente diferente entre P1 e P3, por exemplo. Apesar de ter havido o cuidado metodológico de se conduzir o tratamento de modo sistemático e uniforme para todos os sujeitos, não se pôde evitar um envolvimento emocional da equipe. P1 e sua mãe inspiravam mais sentimentos agradáveis do que P3 e sua mãe e isto pode ter sido importante para o estabelecimento do vínculo profissional-paciente, necessário para facilitar o manejo do comportamento da criança. Em outras palavras, o tratamento odontológico é uma situação dinâmica, influenciada por características diversas, relacionadas não somente à técnica odontológica, mas aos sentimentos particulares do paciente, dos familiares (acompanhante), do profissional e a relação estabelecida entre

ambos. Assim, é importante perceber que o comportamento do dentista influencia de forma direta o comportamento do paciente e vice-versa.

Para o clínico inexperiente em realizar observação de comportamento, talvez fosse uma boa medida ter a colaboração de profissionais de psicologia, que pudessem auxiliá-lo no planejamento das sessões e nas intervenções comportamentais necessárias. Assim, o dentista poderia realizar manipulações comportamentais múltiplas, orientado pelo psicólogo, experimentando diferentes estratégias, a medida em que conhece melhor seu paciente, adaptando as necessidades de tratamento às condições emocionais e comportamentais do mesmo.

A atividade lúdica, empregada com a finalidade de estabelecer uma relação inicial amigável entre paciente e dentista, além de ser útil para treinar os comportamentos da criança e ensinar-lhe conceitos sobre saúde bucal, poderia ocorrer com a criança sentada na própria cadeira odontológica. Quando a criança está sentada ao redor da mesa com brinquedos e chega o momento em que deve iniciar o tratamento, a atividade lúdica é encerrada e a criança tem que se deslocar até a cadeira odontológica. Portanto, ela encerra uma ação prazerosa para submeter-se a uma situação freqüentemente percebida como aversiva. Uma atividade lúdica planejada, realizada com a criança posicionada na cadeira odontológica, utilizando brinquedos e instrumentos ou equipamentos odontológicos miniaturizados ou de verdade (neste caso os mesmos que, em seguida, serão utilizados em seu tratamento), pode ser eficaz na preparação da criança. A intervenção odontológica poderia, assim, ser iniciada sem que houvesse uma interrupção da atividade lúdica e o profissional poderia utilizar os brinquedos como mediadores entre a criança e o tratamento a ser executado, usufruindo os benefícios psicossociais descritos em procedimentos

clássicos de ludoterapia (NEWCOMBE, 1999). Ressalta-se que, não ocorrendo transição entre a mesa de atividade lúdica e a cadeira odontológica, poderia haver uma aproximação mais significativa entre a condição prazerosa de brincar e a situação estressante de tratamento odontológico.

Novos estudos relativos ao emprego do Diazepam, durante o tratamento odontológico de crianças não-colaboradoras, deveriam ser conduzidos no sentido de se avaliar a influência desta droga sobre as manifestações comportamentais de ansiedade. No presente trabalho, embora havendo uma melhora gradual na colaboração dos participantes, verificou-se a manifestação de comportamentos brandos, que demonstram que o paciente está ansioso (Reação Física e/ou Verbal Branda). Assim, avaliar de forma minuciosa e detalhada alterações comportamentais ocorridas nas sessões com droga, comparando com sessões utilizando placebo, podem ser importantes para definir a importância da utilização de ansiolíticos em situações em que se contra-indique outros métodos farmacológicos de manejo do comportamento.

Por fim, o profissional de saúde deve estar atento aos comportamentos do paciente e, principalmente, à influência destes comportamentos sobre o seu próprio comportamento e vice-versa. Seja utilizando métodos psicológicos ou farmacológicos, o objetivo primordial do dentista deveria ser o de proporcionar um atendimento integral, considerando não apenas a eficiência técnica, mas também se empenhando para proporcionar um alto grau de bem-estar emocional ao seu paciente.

7. CONCLUSÕES

1. Na dose utilizada, o Diazepam não se mostrou plenamente eficaz para exercer controle sobre a emissão/evocação de comportamentos não-colaborativos das crianças, pois não houve diferença significativa entre sessões Diazepam e sessões Placebo;

2. Os comportamentos emitidos pelas crianças permitiram a identificação de desempenho por grupos, isto é, algumas crianças apresentam padrões comportamentais comuns, que auxiliam o dentista a planejar as mesmas estratégias para crianças diferentes;

3. Da mesma forma, os comportamentos apresentados pela dentista também apresentaram um padrão, podendo ser agrupados em categorias;

4. Manifestações comportamentais brandas foram registradas em todas as sessões, com baixa variabilidade de frequência, mostrando que, apesar da melhora gradual da frequência de colaboração, a ansiedade esteve presente em todas as sessões;

5. A *Contenção Física* constituiu-se em uma estratégia eficiente e necessária, uma vez que a intervenção farmacológica não proporcionou efeitos suficientes;

6. Combinações de estratégias comportamentais devem ser programadas em função do desempenho colaborativo e não-colaborativo da criança ao longo das sessões e rotinas odontológicas em vigor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. ACS, G. *et al.* A 20-year perspective on the changing use of hand over mouth (HOM) and restraint in postdoctoral pediatric dental education. Pediatr Dent, Chicago, v.23, n.4, p.301-6, July/Aug. 2001.
2. AITKEN, J.C. *et al.* The effect of music distraction on pain, anxiety and behavior in pediatric dental patients. Pediatr Dent, Chicago, v.24, n.2, p.114-8, Mar./Apr. 2002.
3. ALLEN, K.D.; STANLEY, R.; McPHERSON, K. Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. Pediatr Dent, Chicago, v.12, n.2, p.79-82, Apr./May 1990.
4. ALLEN, K.D.; STOKES, T.F. Use of escape and reward in the management of young children during dental treatment. J Appl Beh Anal, Ann Arbor, v.20, n.4, p.381-90, Winter 1987.
5. ARAÚJO, T.C.C.F.; TUBINO, P.J.G. Efeitos da participação parental em rotina de centro cirúrgico para a adaptação psicológica do paciente pediátrico. Psicol Reflex Crít, Porto Alegre, v.9, n.2, p:369-82, 1996
6. AYER, W.A.; CORAH, N.L. Behavioral factors influencing dental treatment.

* Baseada na NBR-6023 de Agosto de 2000, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Abreviatura dos títulos dos periódicos em conformidade com o MEDLINE.

- V.2, p.267-322. In: COHEN, L.K.; BRYANT, P.S. Social sciences and dentistry. A critical bibliography. Berlim: Quintessence, 1987.
7. BADALATY, M.M. *et al.* A comparison of chloral hydrate and diazepam sedation in young children. Pediatr Dent, Chicago, v.12, n.1, p.33-7, Feb. 1990
 8. BERGE, T.I. Acceptance and side effects of nitrous oxide oxygen sedation for oral surgical procedures. Acta Odontol Scand, Oslo, v.57, n.4, p.201-6, Aug. 1999.
 9. CARDOSO, C.L. Tratamento odontopediátrico no contexto de uma clínica – escola: avaliação do estresse da criança, do acompanhante e do aluno. Ribeirão Preto, 2002. 214p. Tese (Doutorado em Ciências, área de Psicologia) – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
 10. CHEN, A.C.N.; DWORKIN, S.F. Cognitive synergism of pharmacological analgesia: a new focus for analgesic treatment. Adv Pain Res Ther, New York, v.5, p.839-45, 1983.
 11. CONNICK, C.; PALAT, M.; PUGLIESE, S. The appropriate use of Physical restraint: considerations. J Dent Child, Chicago, v.67, n.4, p:256-62, July/Aug. 2000.
 12. CORAH, N.L. Dental anxiety: assessment, an increasing patient satisfaction. Dent Clin N Am, Philadelphia, v.32, n.4, p.779-90, Oct. 1988.
 13. CORAH, N.L.; GALE, E.N.; ILLIG, S.J. The use of relaxation and distraction to reduce psychological stress during dental procedures. J Am Dent Assoc, Chicago, v.98, n.3, p.390-4, Mar. 1979.
 14. COSTA JR., A.L.; COUTNHO, S.M.G. Você tem medo de dentista? A psicologia pode ajudar-lhe. Leia: Informação e Crítica, Brasília, v.1, n.12, p.20-4, set. 2000.

15. COSTA, JR., A.L. Análise de comportamentos de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia. Brasília, 2001. 218p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
16. COSTA, S.M.; MORAES, A.B.A. Medo em odontologia: um estudo com escolares. Rev Bras Odontol, Rio de Janeiro, v.51, n.5, p.26-31, set./out. 1994.
17. DE JONGH, A. *et al.* Acquisition and maintainece of dental anxiety: the role of conditioning experiences and cognitives factors. Beh Res Ther, Oxford, v.33, n.2, p.205-10, Feb.1995.
18. DWORKIN, S.F. Psychological considerations for facilitating anesthesia and sedation in dentistry. Issue prepared for "Consensus Development Conference on Anesthesia and Sedation in the Dental Office, of the National Institutes of Health, of Bethesda – Maryland. p.22-24, April 1985.
19. FANNING, B. *et al.* Experiences with sedation and restraint during dental treatment in Romania. J Ir Dent Assoc, Dublin, v.43, n.1, p. 22-6, 1997.
20. FLAITZ, C.; NOWAK, A.; HICKS, MJ. Evaluation of the anterograde amnesic effect of rectally administered diazepam in the sedated dental patient. J Dent Child, Chicago, v.53, n.1, p.17-20, Jan./Feb. 1986.
21. FOLAYAN, M.O.; FAPONLE, A.; LAMIKANRA, A. Seminars on controversial issues: a review of the pharmacologic approach to the management of dental anxiety in children. Int J Paediatr Dent, Oxford, v.12, n.5, p.347-54, Sept. 2002.
22. FORREST, N.R. Stress and self-destructives behaviors of dentists. Dent Clin N Am, Philadelphia, v.22, n.3, p.361-71, July 1978. *Apud* KLATCHOIAN, D.A. *Op cit.*

Ref 35.

23. GIOVANNITTI JR., J.A. Regimens for Pediatric Sedation. Compendium, Lawrenceville, v.14, n.8, p.1002-12, Aug. 1993.
24. HEALY. T.E.J.; HAMILTON, M.C. Intravenous Diazepam in the apprehensive child. Br Dent J, London, v.130, n.1, p.25-7, Jan. 1971.
25. HOUPPT, M. Project USAP 2000 – Use of sedative agents by pediatric dentist: a 15-year follow-up survey. Pediatr Dent, Chicago, v.24, n.4, p.289-94, July/Aug. 2002.
26. HOUPPT, M.I. *et al.* Effects of nitrous oxide on diazepam sedation of young children. Pediatr Dent, Chicago, v.18, n.3, p.236-41, May/June 1996.
27. INGERSOLL, B.D. An overview of behavioral dentistry. *In*: INGERSOLL, B.D.; CCUTCEHGON, W.R Behavioral aspects in dentistry Morgantown: West Virginia University Press, 1979. p.1-8
28. INGERSOLL, B.D. Behavioral aspects in Dentistry. New York: Appleton - Century - Crofts, 1982. Chap.7, p.107-33.
29. INGERSOLL, B.D.; NASH, D.A.; GRAMBER, C. The use of contingent audiotaped material with pediatric dental patients. J Am Dent Assoc, Chicago, v.109, n.5, p.717-20, Nov. 1984.
30. INGERSOLL, B.D.; NASH, D.A.; GRAMBER, C. The use of contingent audiotaped material with pediatric dental patients. J Am Dent Assoc, Chicago, v.109, n.5, p.717-20, Nov. 1984.
31. JAY, S.M. *et al.* Assessment of children's distress during painful medical

- procedures. Health Psychol, Washington, v.2, p.133-47, 1983.
32. JENSEN, B.; MATSSON, L. Benzodiazepines in child dental care: a survey of its use among general practitioners and paediatric dentists in Sweden. Swed Dent J, Jönköping, v.25, n.1, p.31-8, 2001.
 33. KAN, M.; ISHIKAWA, T.; NAGASAKA, N. A study of psychological stress created in dentists by children during pediatric dental treatment. J Dent Child, Chicago, v.66, n.1, p.41-8, Jan./Feb. 1999.
 34. KLATCHOIAN, D.A. A relação dentista – paciente. *In*: KLATCHOIAN, D.A. Psicologia Odontopediátrica. 2.ed. São Paulo: Santos, 2002. 375p.
 35. KLATCHOIAN, D.A.; HIRATA, R.A. O estresse psicológico na prática odontológica. *In*: KLATCHOIAN, D.A. Psicologia Odontopediátrica. 2.ed. São Paulo: Santos, 2002. 375p.
 36. KLEINKNECHT, R.A.; BERNSTEIN, D.A. The Assessment of Dental Fear. Behav Ther, New York, v.9, p.626-34, 1978.
 37. KLEINKNECHT, R.A.; KLEPAC, R.K.; ALEXANDER, L.D. Origins e characteristics of fear of dentistry. J Am Dent Assoc, Chicago, v.86, n.4, p.842-8, Apr. 1973.
 38. KUHN, B.R.; ALLEN, K.D. Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. Pediatr Dent, Chicago, v.16, n.1, p.13-7, Jan./Feb. 1994.
 39. KUPIETZKY, A.; BLUMENSTYK, A. Comparing the behavior of children treated using general anesthesia with those treated using conscious sedation. J Dent Child,

Chicago, v.65, n.2, p.122-7, Mar./Apr. 1998.

40. LIDDELL, A.; GOSSE, V. Characteristics of early unpleasant dental experiences. J Behav Ther Exper Psychiatry, New York, v.29, n.3, p.227-37, Sept. 1998.
41. LITT, M.D. A model of pain and anxiety associated with acute stressors: distress in dental procedures. Behav Res Ther, Great Britain, v.34, n.5/6, p.459-76, 1996.
42. MACHEN, J.B.; JOHNSON, R. Desensitization, model learning and the dental behavior of children. J Dent Res, Washington, v.53, n.1, p.83-7, Jan./Feb. 1974.
43. MALAMED, S.F. Manual de Anestesia Local. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 277p.
44. MAMIYA, H.; ICHINOHE, T.; KANEKO, Y. Dental patients feel more stress than dentists expected: evaluation of expected stress during dental treatment by patients who receive it and by dentists who give it. Dent Jpn, Tokyo, v.34, p.112-5, Mar. 1998.
45. MARAGAKIS, G.M.; MUSSELMAN, R.J. The time used to administer local anesthesia to 5 and 6 year olds. J Clin Ped Dent, Birmingham, v.20, n.4, p.321-3, Summer 1996.
46. MARTINS, A.M.A.O. *et al.* Importância do condicionamento para o tratamento odontológico. Rev Cienc Saúde, Florianópolis, v.9, n.1, p.114-9, jan./jun. 1990.
47. MELAMED, B.G. *et al.* Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modeling. J Am Dent Assoc, Chicago, v.90, n.4, p.822-6, Apr. 1975.

48. MELAMED, B.G.; LUMLEY, M.A. Dental subscale of the Children's Fear Survey Schedule. *In*: HERSEN, M. & BELLACH, A.S. Dictionary of behavioral assessment techniques. Oxford: Pergamon Press, 1988. p.171-2.
49. MELAMED, S.M.; WILLIAMSON, D.J. Programs for the treatment of dental disorders – Dental anxiety and temporomandibular disorders. *In*: SWEET, J.J.; ROZENSKY, R.H.; TOVIAN, S.M. Handbook of Clinical Psychology in Medical settings. New York: Plenum Press, 1994. Chap.29, p.539-65.
50. MILGROM, P. et al. Origins of childhood dental fear. Behav Res Ther, Great Britain, v.33, n.3, p.313-9, Mar. 1995.
51. MILGROM, P. et al. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a mayor U.S. City. J Am Dent Assoc, Chicago, v.116, n.6, p.641-7, May 1988.
52. MILGROM, P. et al. Treating fearful dental patients. A patient management handbook. Reston: Reston Publishing Company, 1985.
53. MOORE, P.A. Adverse drugs interactions in dental practice: interactions associated with local anesthetics, sedatives and anxiolytics – Part IV of a series. J Am Dent Assoc, Chicago, v.130, n.4, p.541-54, Apr. 1999.
54. MORAES, A. B.A.; PESSOTTI, I Psicologia Aplicada à Odontologia. São Paulo: Sarvier, 1985. 106p.
55. NAKAI, Y. *et al*. Effectiveness of local anesthesia in pediatric dental practice. J Am Dent Assoc, Chicago, v.131, n.12, p.1699-705, Dec. 2000.

56. NEWCOMBE, N. Primeira Infância. In: NEWCOMBE, N. Desenvolvimento infantil - Abordagem de Mussen. 8.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p.102-29.
57. O'SHEA, R.M. *et al.* Managing anxiety in the dental office. Dental Assistant, New York, v.55, n.6, p.7-10, Nov./Dec. 1986.
58. PERETZ, B.; BIMSTEIN, E. The use of imagery suggestions during administration of local anesthetic in pediatric dental patients. J Dent Child, Chicago, v.67, n.4, p.263-7, July/Aug. 2000.
59. PERETZ, B.; GLUCK, G.M. The use of restraint in the treatment of pediatric dental patients: old and new insights. Int J Pediatr Dent, Oxford, v.12, n.6, p.392-7, Nov. 2002.
60. POSSOBON, F.R. Psicofarmacologia comportamental em odontopediatria. In: ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIA E MEDICINA COMPORTAMENTAL, 10., 2001, Campinas. Caderno de resumos... Campinas: ABPMC, 2001. p.147.
61. POSSOBON, R.F. Uso combinado de estratégias comportamentais e farmacológicas no manejo da criança não – colaboradora durante o atendimento odontológico. Piracicaba, 2000. 339p. Dissertação (Mestrado em Odontologia – Área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica) – Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.
62. POSSOBON, R.F.; CAETANO, M.E.S.; MORAES, A.B.A. Odontologia para crianças não - colaboradoras: relato de casos. Rev Bras Odontol, Rio de Janeiro,

v.55, n.2, p.80-3, mar./abr. 1998.

63. POULTON, R. *et al.* Dental Fear with and without blood-injection fear: implications for dental health and clinical practice. Behav Res Ther, Great Britain, v.36, n.6, p.591-7, June 1998.
64. RACHMAN, S. The conditioning theory of fear acquisition: a critical examination. Behav Res Ther, Great Britain, v.15, n.5, p.375-87, 1977.
65. RAM, D. *et al.* The effect of metoclopramide and hydroxyzine in sedation of infants undergoing dental treatment. J Dent Child, Chicago, v.66, n.1, p.49-52, Jan./Feb. 1999.
66. SCHULLER, A.A.; WILLUMSEN, T.; HOLST, D. Are there differences in oral health and oral health behavior between individuals with high and low dental fear? Community Dent Oral Epidemiol, Copenhagen, v.31, n.2, p.116-21, Apr. 2003.
67. SILVA, S.R.G. *et al.* A percepção da criança com relação a odontopediatria: um acréscimo da psicologia à odontologia. Rev Odontopediatr, São Paulo, v.1, n.3, p.127-55, jul./set. 1992.
68. SILVARES, E.F.M.; SOUZA, C.L. Medos infantis. Pediatria Moderna, São Paulo, v.35, n.7, p.546-50, jul. 1999.
69. SINGH, K.A.; MORAES, A.B.A.; AMBROSANO, G.M. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. Pesq Odontol Bras, São Paulo, v.14, n.2, p.131-6, abr./jun. 2000.

70. SINGH, K.A.S. Uma descrição funcional do comportamento do cirurgião – dentista no contexto de sua atuação profissional. Araraquara, 2001. 176p. Tese (Doutorado em Odontopediatria) - Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.
71. STARK, L.J. *et al.* Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. J Appl Beh Anal, Ann Arbor, v.22, n.3, p.297-307, Fall 1989.
72. TEN BERGE, M.; VEERKAMP, J.; HOOGSTATEN, J. Dentists’ behavior in response to child dental fear. J Dent Child, Chicago, v.66, n.1, p.36-40, Jan./Feb. 1999.
73. THOM, A.; SARTORY, G.; JOHREN, P. Comparison between one-session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. J Consult Clin Psychol, Washington, v.68, n.3, p:378-87, June 2000.
74. TOWNEND, E.; DIMIGEN, G.; FUNG, D. A clinical study of child dental anxiety. Behav Res Ther, Oxford, v.38, n.1, p.31-46, Jan. 2000.
75. VEERKAMP, J.S.J. *et al.* Dentist’s ratings of child dental-patients’ anxiety. Community Dent Oral Epidemiol, Denmark, v.23, n.6, p.356-9, Dec. 1995.
76. WEINSTEIN, P. *et al.* Dentists’ response to fear and nonfear related behaviors in children. J Am Dent Assoc, Chicago, v.104, n.1, p.38-40, Jan. 1982b.
77. WEINSTEIN, P. *et al.* Situation – specific child control: a visit to the dentist. Behav Res Ther, Oxford, v.34, n.1, p.11-21, Jan. 1996.
78. WEINSTEIN, P. *et al.* The effect of dentist’s behaviors on fear-related behaviors in

- children. J Am Dent Assoc, Chicago, v.104, n.1, p.32-8, Jan. 1982a.
79. WEINSTEIN, P. Integrating behavioral methodologies into Dental Pharmacological Research. Anesth Prog, Welleslwy, v.33, n.1, p.55-9, Jan./Feb. 1986.
80. WEINSTEIN, P.; NATHAN, J. The challenge of fearful and phobic children. Dent Clin N Am, Philadelphia, v.32, n.4, p.667-92, Oct. 1988.
81. WILSON, S. *et al.* Conscious sedation experiences in graduate pediatric dentistry programs. Pediatr Dent, Chicago, v.23, n.4, p.307-14, July/Aug. 2001.
82. WONG, K.S.; JACOBSEN, P.L. Reasons for local Anesthesia failures. J Am Dent Assoc, Chicago, v.123, n.1, p.69-73, Jan. 1992.
83. YAGIELA, J.A. Making patients safe and comfortable for a lifetime of dentistry: frontiers in office-based sedation. J Dent Educ, Washington, v.65, n.12, p.1348-56, Dec. 2001.
84. YANASE, H. *et al.* A study of the sedative effect of home-administered oral diazepam for the dental treatment of children. Int J Paediatr Dent, Oxford, v.6, n.1, p.13-7, Mar. 1996.

ANEXO 1

Termo de Responsabilidade



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA - FOP
Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais - Cepae



Piracicaba, _____ de _____ de _____. Horário: _____.

Declaro que estou devidamente esclarecida sobre os cuidados que devo tomar com meu (minha) filho (a) durante as **30 horas** seguintes ao tratamento odontológico. Estes cuidados são necessários devido ao fato do medicamento usado durante o atendimento poder acarretar sonolência e efeitos indesejáveis, principalmente se associado com álcool.

Não permitir à criança:

1. sair de casa desacompanhada;
2. subir em brinquedos altos, árvores, muros, etc.;
3. manipular instrumentos cortantes;
4. ingerir alimentos ou bebidas contendo álcool.

Nome do paciente: _____

Nome do responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Assinatura do responsável: _____

1ª via para Cepae - FOP - UNICAMP.

2ª via para responsável pelo paciente.

Anexo 2

DESCRIÇÃO DA MEDICAÇÃO ANSIOLÍTICA

PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

Os benzodiazepínicos formam um grupo de drogas com ação ansiolítica, miorrelaxante, sedativa, com efeito amnésico e anticonvulsivante, indicada como medicação pré - anestésica, no alívio sintomático da ansiedade, agitação e tensão devidas a estados psiconeuróticos e distúrbios passageiros causados por situação estressante^{2, 4, 8, 11}. Além disso, também é indicada para sedação consciente, no tratamento da insônia e de crises convulsivas⁴ além do tratamento da síndrome de abstinência alcoólica aguda¹¹.

Podem ser classificados como ansiolíticos e como hipnóticos, dependendo do uso clínico. O Diazepam tem sido utilizado mais como ansiolítico¹¹.

Os efeitos farmacológicos mais importantes dos benzodiazepínicos são exercidos sobre o Sistema Nervoso Central e consistem em:

- redução da ansiedade e da agressão
- sedação e indução do sono
- redução do tônus muscular e coordenação.
- efeito anticonvulsivante¹⁰.

MODO DE AÇÃO

Os principais alvos moleculares dos benzodiazepínicos são os receptores de neurotransmissores inibitórios diretamente ativados pelo aminoácido *ácido γ -aminobutírico* (GABA). Ao interagir com o receptor de GABA, os benzodiazepínicos provavelmente aumentam a afinidade do GABA com o receptor, por meio de uma alteração no receptor acoplado ao ionóforo de cloro, potencializando e facilitando a ação inibitória do mediador, nos sítios pré e pós sinápticos. Ocorre então o aumento da transmissão GABA-érgica, fazendo com que aumente a frequência de abertura dos canais de cloreto. Ao aumentar a frequência de abertura dos canais de cloreto, diminui a chance de ocorrer a deflagração de despolarização da membrana, ocorrendo o efeito inibitório^{2, 3, 9,}

^{10, 11}.

Os benzodiazepínicos por si sós não abrem os canais de cloreto, apenas aumentam a afinidade dos receptores para o GABA^{3, 10, 11}.

Estudos eletrofisiológicos revelaram que os benzodiazepínicos interferem marcadamente com o sistema límbico, diminuindo a frequência de disparos da amígdala (amigdalectomia farmacológica) e também do *locus coeruleous* (principal núcleo de neurônios noradrenérgicos que envia fibras para o sistema reticular, o cérebro e o córtex cerebral). Admite-se que dessa forma eles contribuem para a normalização dos circuitos de retroalimentação entre córtex, sistema reticular e sistema límbico mal funcionantes na ansiedade^{9, 11}.

RECEPTOR PARA O ÁCIDO γ -AMINO BUTÍRICO

O receptor para GABA é do tipo canal iônico, com sistema de portão operado por ligante, semelhante ao receptor nicotínico da Acetilcolina. Consiste de 5 subunidades (α , β , γ e δ) circundando um canal central. Parece que os benzodiazepínicos se ligam à subunidade α para exercer sua função¹⁰.

Existem 2 tipos de receptor GABA denominados GABA_A e GABA_B. O receptor GABA_A é o principal tipo de receptor GABA no cérebro e ocorre principalmente pós-sinapticamente. Esse receptor faz parte da membrana e está diretamente acoplado aos canais de cloreto, cuja abertura reduz a excitabilidade da membrana. Os benzodiazepínicos interagem com os receptores GABA_A e os canais e atuam em um local de ligação acessório para facilitar a ação do GABA^{3, 10}. O receptor GABA_B não é alterado pelos benzodiazepínicos.

Ao contrário dos barbitúricos, os benzodiazepínicos não controlam diretamente os receptores do GABA_A, mas exigem GABA para expressar seus efeitos^{2, 10}.

Os receptores de benzodiazepínicos distribuem-se amplamente no SNC, sendo que suas maiores concentrações encontram-se no córtex e estruturas límbicas. Existem também sítios de ligação periféricos localizados nos rins, coração, pulmões e macrófagos. Os receptores não são homogêneos e existem sub-classes com diferentes afinidades para diferentes compostos¹¹.

Ainda não está claro se cada um dos efeitos dos benzodiazepínicos decorre da mesma ação unitária em diferentes sistemas neuronais ou da ação diferencial em receptores específicos para cada efeito¹¹.

A presença de um receptor para benzodiazepínicos sugere a existência de uma substância endógena com efeito sedativo ou estimulante, que seria o substrato natural para esses receptores.

Muitas substâncias foram testadas (purinas, inosina, hipoxantina, cafeína, teofilina, beta-carbolinas, etc.) mas nenhuma preenche completamente os requisitos para ligante endógeno¹¹.

FARMACOCINÉTICA

ABSORÇÃO E DISTRIBUIÇÃO:

Os benzodiazepínicos podem ser empregados como hipnóticos ou como ansiolíticos e esta indicação é baseada na relação entre as intensidades relativas desses vários efeitos e em suas propriedades físico-químicas (especialmente a lipossolubilidade) que determinam diferenças na latência para início, intensidade e duração de sua ação. Quando se deseja efeitos ansiolíticos ou anticonvulsivantes, os benzodiazepínicos mais indicados são os que atingem seu pico mais lentamente, com declínio gradual da concentração. O diazepam, devido a sua lipossolubilidade, é um dos benzodiazepínicos mais rapidamente absorvidos^{2, 3, 11}.

Os benzodiazepínicos são bem absorvidos pelo trato gastrointestinal e atravessam a barreira hematocerebral com relativa facilidade^{2, 11}, resultando no início rápido da ação³, produzindo a concentração plasmática máxima em cerca de 1 hora. (Alguns são absorvidos mais lentamente, como por exemplo o lorazepam).

A maioria dos benzodiazepínicos ligam-se à proteínas plasmáticas e teciduais (cerca de 82-98%)^{3, 8, 11}. Portanto, fatores que determinam um pequeno aumento de sua fração livre, por exemplo estados carenciais, podem levar à intensificação significativa do efeito farmacológico. São distribuídos amplamente aos diversos fluidos e tecidos biológicos, atravessam a peneira placentária e passam para o leite materno, podendo sedar o feto¹¹.

Alguns benzodiazepínicos, como o Diazepam, sofrem alta redistribuição¹¹ para a camada de gordura, resultando numa curta duração de ação após uma dose única³ e por isso tem declínio rápido de suas concentrações cerebrais e podem ser utilizados como hipnóticos¹¹.

Os efeitos clínicos do Diazepam desaparecem em duas ou três horas, embora a alteração motora (fraqueza muscular, incoordenação) possa persistir por até 12 horas, fato que determina que o indivíduo, após receber essa droga, fique impedido de operar máquinas ou dirigir⁵.

BIOTRANSFORMAÇÃO E EXCREÇÃO

A biotransformação dos benzodiazepínicos ocorre principalmente nos sistemas enzimáticos dos retículos endoplasmáticos do fígado¹¹.

Os benzodiazepínicos são conjugados com ácido glicurônico e rapidamente excretados na urina¹¹.

O diazepam é metabolizado em substâncias farmacologicamente ativas, como o nordiazepam e o oxazepam³. A avaliação dos efeitos dos metabólitos ativos do benzodiazepínicos é essencial, pois seus níveis podem ser maiores que os do composto original¹¹.

DURAÇÃO E EFEITOS RESIDUAIS.

Os efeitos residuais de vários fármacos têm sido associados às suas $\frac{1}{2}$ vidas de eliminação ou às $\frac{1}{2}$ vidas de seus metabólitos. Entretanto, para fármacos muito lipossolúveis, a duração de ação após doses únicas é determinada principalmente pela distribuição e não pela $\frac{1}{2}$ vida de eliminação. Por exemplo, o Diazepam, após atingir o pico de concentração no sangue, é rápida e extensivamente distribuído aos tecidos. A diminuição dos níveis plasmáticos devida à distribuição pode levar a uma curta duração do efeito após doses únicas. Assim, um fármaco com longa $\frac{1}{2}$ vida de eliminação (14-90 horas) pode, em doses únicas, não produzir efeitos residuais na manhã seguinte. A duração do efeito depende muito da dose administrada, uma vez que o aumento da dose produz elevação dos níveis plasmáticos, o que determinará maior tempo até que eles caiam abaixo da concentração mínima eficaz¹¹.

Podem ocorrer alterações no metabolismo desses fármacos devido à fatores fisiológicos (em crianças há um aumento da $\frac{1}{2}$ vida biológica) e/ou patológicos (cirrose hepática também provoca aumento da $\frac{1}{2}$ vida biológica)⁶. Nos recém - nascidos, podem produzir uma depressão prolongada no Sistema Nervoso Central, devido a incapacidade de biotransformar essa droga em metabólitos inativos⁴

TOLERÂNCIA

Esse grupo de drogas pode induzir adaptação ou tolerância aos seus efeitos farmacodinâmicos durante a administração contínua ou mesmo após doses únicas. A tolerância para efeitos sedativos dos benzodiazepínicos desenvolve-se muito mais rapidamente do que para os efeitos ansiolíticos, fenômeno conhecido como “tolerância diferencial”¹¹.

A tolerância crônica aos benzodiazepínicos, diferente do que se observa com os barbitúricos, não depende fundamentalmente de indução das enzimas responsáveis por seu metabolismo, ou seja, esta tolerância não é do tipo disposicioanl (farmacocinética), mas sim funcional (farmacodinâmica e comportamental). Os mecanismos farmacodinâmicos propostos para explicar a tolerância funcional aos benzodiazepínicos incluem alterações de número ou

sensibilidade dos seus receptores, modificações no acoplamento do GABA ao seu receptor ou mudanças na neurotransmissão noradrenérgica ou serotoninérgica em sistemas inibidos por GABA. Parece que também pode ocorrer tolerância “comportamental”, cujo mecanismo seria a adaptação e aprendizado, conforme a situação e o comportamento considerados^{10,11}.

DEPENDÊNCIA

Casos de dependência podem ocorrer quando da terapia prolongada dos benzodiazepínicos, em altas dosagens (superiores às terapêuticas) e particularmente em pacientes predispostos, com história de alcoolismo, abuso de drogas, ou distúrbios psiquiátricos graves. Portanto, devem ser administrados por período de tempo o mais curto possível¹.

EFEITOS COLATERAIS

Os efeitos colaterais mais comumente citados são cansaço, sonolência e relaxamento muscular. Efeitos pouco frequentes são: confusão mental, amnésia anterógrada, constipação, depressão, diplopia, disartria, cefaléia, hipotensão, aumento ou diminuição da salivação, incontinência ou retenção urinária, fala enrolada, tremor, náusea, aumento ou diminuição da libido e distúrbio de acomodação visual^{1, 10}. Também estão relacionados efeitos como vômitos e aumento de apetite. A sonolência pode não ser necessariamente um efeito adverso, mas uma resposta desejada e até esperada, pois auxilia no controle do comportamento do paciente³.

O nível de depressão geral do sistema nervoso central passível de ser atingido com os benzodiazepínicos é menor que o produzido pelos barbitúricos, devido a não interferirem com a excitabilidade da membrana neuronal, nem diminuírem a transmissão excitatória¹¹.

Podem ocorrer efeitos paradoxais, tais como depressão, agitação, mania, reações paranóides, estados confusionais e psicose de Korsakoff e ainda hostilidade, agressão e ira em pacientes psicóticos ou violentos. Esses efeitos parecem decorrer de alguma interação bioquímica não conhecida entre a droga e o sistema envolvido e são atípicas, raras e idiossincrásicas¹¹.

TOXICIDADE AGUDA

Quando comparado com outros depressores gerais do sistema nervoso central, os benzodiazepínicos causam pouca depressão respiratória e têm alta margem de segurança, não sendo fatais em superdosagem, salvo em associação com outras drogas depressoras, como o álcool^{8, 11}, tais como ocorre nas tentativas de suicídio.

A superdosagem manifesta-se por extrema intensificação dos efeitos: sedação, relaxamento muscular, sono profundo ou excitação paradoxal. Na maioria dos casos é necessário apenas a observação dos sinais vitais ou reversão pelo antagonista *flumazenil* (Lanexat^R)¹⁰. Poucas mortes foram descritas em doses superiores a 700 mg de diazepam³.

CONTRA-INDICAÇÕES E USOS COM MODERAÇÃO

O uso dos benzodiazepínicos é contra - indicado para os pacientes que apresentam os seguintes estados:

- portadores de miastenia grave: devido ao relaxamento muscular pré-existente³;
- portadores de glaucoma de ângulo estreito ou fechado: apesar de não existirem evidências de que os benzodiazepínicos se liguem a receptores muscarínicos da Acetilcolina¹¹;
- dependentes de drogas depressoras do sistema nervoso central: principalmente o álcool, exceto quando utilizado no tratamento dos sintomas agudos da síndrome de abstinência alcoólica¹.
- portadores de insuficiência cardiorrespiratória: o uso desses fármacos pode acentuar a depressão respiratória¹.
- portadores de apnéia obstrutiva durante o sono: doses hipnóticas de benzodiazepínicos reduzem o tônus muscular nas vias aéreas superiores e exacerbam o impacto dos episódios apnéicos na hipóxia alveolar, hipertensão pulmonar e carga ventricular cardíaca, sendo essa doença considerada uma contra-indicação para o seu uso³.
- portadores de insuficiência hepática: a dose de benzodiazepínico deve ser diminuída. No caso de cirrose hepática, o tempo de $\frac{1}{2}$ vida torna-se prolongado².
- gestantes no primeiro trimestre: pode induzir malformações congênitas e haver um pequeno aumento do risco de deformidade de fenda na linha média do palato ou do lábio^{2, 3}.
- Neo-nato e prematuro: os benzodiazepínicos deprimem a função do sistema nervoso central no neo-nato, em especial no prematuro³.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS* (referentes apenas à este anexo)

1. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas. (1993-1994) Jornal Brasileiro de Medicina. Editora de Publicações Científicas Ltda. Rio de Janeiro - RJ 697-99.
2. FUCHS, F.D. & WANNMACHER, L. Farmacologia Clínica - Fundamentos para Terapêutica Racional. 1ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1992, 806p.
3. GILMAN, A.G.; GOODMAN, L.S. & GILMAN, A. As bases farmacológicas da terapêutica. 9ª ed., Rio de Janeiro, Salesianos, 1996, 1436p.
4. Informacion de Medicamentos - TOMO I. (1989) Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Publicación Científica O.P.S. nº 525. Madrid. 422-38.
5. LOEFFLER, P. M. (1992) Oral benzodiazepines and conscious sedation: a review. J Oral Maxillofac Surg. Philadelphia, v.50, n. 9, p.989-97, Sept. 1992.
6. MATTOS Fº, T.R.; DEL FIOL, F.S. (1995) Farmacologia do Sistema Nervoso Central. (Apostila) FOP - UNICAMP - área de Farmacologia. 13-7
7. MINDUS, P. Anxiety, pain and sedation: some psychiatric aspects. Acta Anaesthesiol Scand. Supplementum. Denmark, v.88, p.7-12, 1988
8. NEIDLE, E.A.; YAGIELA, J.A. Farmacologia e terapêutica para dentistas. 3ª ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991, 608p.
9. OGA, S. & BASILE, A. C. Medicamentos e suas interações. 1ª ed. São Paulo, Atheneu, 1994, 199p.
10. RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. Farmacologia., 3ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997, 692p.
11. ZANINI, A.C. & OGA, S. Farmacologia Aplicada. 5ª ed., São Paulo, Atheneu , 1994, 701p.

* Baseada na NBR-6023 de Agosto de 2000, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Abreviatura dos títulos dos periódicos em conformidade com o MEDLINE.

ANEXO 3

Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa

Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico de Pacientes Especiais (Cepae)
Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Universidade Estadual de Campinas

As informações contidas neste termo foram fornecidas pelo Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes, responsável pela Disciplina de Psicologia Aplicada, coordenador geral do Cepae e orientador deste experimento e pela coordenadora clínica do Cepae e pesquisadora Rosana de Fátima Possobon, objetivando firmar, por escrito, o acordo mediante o qual a mãe (ou responsável legal) autoriza seu filho a participar das atividades do Cepae, com pleno conhecimento da natureza dos procedimentos a que se submeterá, com capacidade de livre escolha e sem qualquer coação.

I. TÍTULO DO TRABALHO

Avaliação dos Comportamentos de crianças não – colaboradoras, durante o tratamento odontológico, na vigência do ansiolítico Diazepam.

II. JUSTIFICATIVAS

Estudos sobre como começa o "medo de dentista" mostram que as experiências ruins no consultório levam a criança a ter medo do tratamento. A dor que pode ser sentida durante o tratamento pode fazer com que a criança não deixe o dentista tratar (ela chora, esperneia, não abre a boca). Uma forma de evitar que a criança passe por isso é não deixar que ela sinta dor, fazendo uma anestesia bem feita. Mas, justamente a anestesia (injeção), além do uso do motorzinho, é o que mais assusta as crianças. É mais difícil anestesiá-la e tratar o dente quando a criança não colabora (se mexe, não abre a boca) do que quando ela fica quietinha. Portanto, o dentista deve ajudar a criança a acostumar-se com o tratamento, inclusive com a anestesia e o uso do "motorzinho".

III. OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é analisar como é que a criança que não deixa o dentista tratar age quando ele faz a anestesia e a remoção de cárie com "motorzinho", usando um remédio que diminui a ansiedade da criança (o ansiolítico Diazepam a 0,5 mg/Kg de peso). Pretende-se investigar se este remédio diminui a ansiedade da criança (deixa a criança mais calma), permitindo o trabalho do dentista e a realização do tratamento com o paciente ajudando. Além disso, também pretende-se avaliar se as técnicas psicológicas (cantar, brincar, conversar) ajudam a criança a colaborar.

IV. PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NO EXPERIMENTO

O tratamento odontológico será realizado da forma já conhecida, ou seja, nenhuma técnica odontológica nova será usada. Serão feitos todos os tratamentos necessários, tais

como obturação de dentes que estão com cárie e remoção de dentes cariados que não possam mais ser tratados. Não serão feitos aparelhos para consertar os dentes. O tratamento será feito Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA), que fica no Cepae - FOP - UNICAMP. Ficarão no consultório durante o tratamento, a criança e sua mãe e dois dentistas. Na sala de observação ficará uma outra pessoa da equipe do Cepae filmando os atendimentos.

As reações da criança durante o tratamento serão observadas pelo pesquisador: busca informações (a criança pergunta se vai acabar logo a sessão), reclamações (diz que quer ir embora), comportamento nervoso (balança os pés e mãos), choro (chora baixinho), grito, fuga (tenta sair da sala) e resistência à contenção (esperneia quando o dentista segura a criança para poder tratar). A avaliação das fitas de vídeo será feita pela pesquisadora e por duas psicólogas da Equipe do Cepae.

Durante o tratamento, a dentista usará estratégias psicológicas que ajudem a criança a relaxar e distrair e assim deixe tratar, tais como cantar, conversar, dar brindes, brincar e etc.

A partir da 3ª sessão de atendimento, a criança receberá um remédio que diminui a ansiedade, o medo da criança. Este remédio é o diazepam via oral (tomado pela boca) - na dose de 0,5 mg/Kg de peso, na forma de um xarope. Este remédio vai ser dado para a criança no Cepae, 1 hora antes do início da sessão. Neste período, a criança permanecerá com a mãe na sala de espera do Cepae.

Em duas sessões a criança receberá um remédio que tem o princípio ativo (faz efeito) e em outras duas sessões, receberá o medicamento sem o princípio ativo (que não faz nenhum efeito, chamado de placebo, ou seja, tem cor, sabor e cheiro semelhantes ao remédio de verdade, mas não tem ação).

Todas as sessões serão filmadas em fitas de vídeo cassete. Estas fitas serão utilizadas para avaliar os comportamentos da criança e do dentista.

V. DESCONFORTOS E POSSÍVEIS RISCOS

Este trabalho envolve os riscos típicos de um tratamento odontológico normal, além dos possíveis efeitos colaterais do remédio, que é considerado seguro, não trazendo riscos para o paciente. Os efeitos que podem acontecer quando se toma este remédio são náuseas, vômitos, aumento de apetite e principalmente sonolência. Esta última pode não ser necessariamente um efeito adverso (negativo), mas uma resposta desejada e até esperada, pois auxilia no controle do comportamento do paciente (ele dormindo, permite o trabalho do dentista). O remédio traz risco somente quando a criança come ou bebe algum alimento ou bebida que contém álcool (bombom com licor, por exemplo).

VI. BENEFÍCIOS

Este trabalho terá como ganho, a realização do tratamento odontológico e a orientação dos pais para evitar novas cáries. Além disso, ao final do tratamento, a criança será encaminhada para outros serviços de atendimento na Faculdade de Odontologia ou em serviços odontológicos municipais. O paciente não terá que pagar nada pelo tratamento ou pelo remédio utilizado. Também não fará nenhum mal para a criança. Se ela não se der bem com o remédio, o tratamento será feito sem usa-lo.

VII. MÉTODOS ALTERNATIVOS DE ATENDIMENTO

Uma forma alternativa para tratar estas crianças é esperar que a criança cresça e fique mais colaboradora, o que certamente aumenta do número de cáries, aumenta do tamanho das cáries que já existem, a criança pode ter dor e infecções, etc. ou fazer o tratamento com anestesia geral, o que fica caro para a família, além dos riscos para a saúde da criança.

VIII. FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

As crianças serão acompanhadas durante 2 anos após terminar o tratamento, por meio de exame clínico a cada 6 meses. Se a criança for chamada em outro serviço odontológico, este acompanhamento será suspenso. Os exames serão realizados no Cepae, por dentistas da Equipe. Se for encontrada cárie, ela será tratada.

IX. INFORMAÇÕES

Os pais ou responsáveis pelo paciente terão a garantia de que receberão respostas a quaisquer perguntas e/ou esclarecimentos a respeito do tratamento, riscos, benefícios e outras dúvidas relacionados ao atendimento e à pesquisa.

X. GRUPOS PLACEBO E CONTROLE

Em duas sessões a criança receberá um remédio que faz efeito e em outras duas sessões, receberá um remédio que não faz nenhum efeito, chamado de placebo, ou seja, tem cor, sabor e cheiro semelhantes ao remédio de verdade, mas não tem ação. Portanto, cada criança será seu próprio controle.

XI. GARANTIA DE SIGILO

A equipe do Cepae assegurará o sigilo do nome e dados pessoais dos pacientes participantes de sua pesquisa. Os resultados serão apresentados em Reuniões Científicas, entretanto não serão divulgados os nomes dos participantes.

XII. RETIRADA DO CONSENTIMENTO

Os pais têm a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento e retirar seu consentimento quanto à utilização dos materiais de pesquisa (radiografias, filmes de VT, etc.). A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FOP - UNICAMP. Endereço: Av. Limeira, nº 901; CEP: 13414-903 - Piracicaba - SP.

XIII. RESSARCIMENTO e FORMAS DE INDENIZAÇÃO

Os responsáveis pelos pacientes receberão, a cada sessão, uma quantia em dinheiro equivalente ao valor despendido no transporte do paciente de sua casa até a Faculdade de Odontologia, sendo que esta monta será de responsabilidade do pesquisador.

XIV. CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que tendo lido o documento acima exposto e suficientemente esclarecido(a) de todos os itens pelo Prof. Dr. Antônio Bento Alves de Moraes (orientador da pesquisa) estou plenamente de acordo com a realização do experimento. Concordo plenamente que todos os registros, radiografias, fotografias, modelos, filmes, constituem propriedade do Cepae, ao qual dou pleno direito de retenção, uso para fins de ensino e pesquisa, além da sua divulgação em jornais e revistas científicas. Assim, eu autorizo a participação do meu filho (a) no programa estando de acordo com o diagnóstico e plano de tratamento. Atesto a minha participação efetiva e consciente.

Por ser verdade, firmo o presente.

Data: ______

(Nome por extenso)

(Assinatura)

Endereço dos pesquisadores:

Rosana de Fátima Possobon – Rua Prudente de Moraes, 1835 – Fone: 3433-3677

Antonio Bento Alves de Moraes - Rua Samuel Neves, 2187 – Fone: 3433-0123

Anexo 4 – Folha de Registro

Nome: _____ Data: ____/____/____ (____ª sessão) (____ minutos)

Procedimentos																	
Clínicos																	
C r i a n ç a	Recusa																
	Fuga																
	Resistência a CF																
	Informação																
	Reclamação																
	Choramingo																
	Comportamento nervoso																
	Choro/Gritos																
C D	Direção / Explicação																
	Persuasão																
	Distração																
	Tranquilização																
	Elogio																
	Contenção física																

