RAQUEL TROMBINI PERTINHES MACEROU

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CIRURGIÃO DENTISTA E O COMPORTAMENTO INFANTIL FACE AO TRATAMENTO ODONTOPEDIÁTRICO

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)
MESTRADO EM PSICOLOGIA
CAMPO GRANDE-MS
2004

RAQUEL TROMBINI PERTINHES MACEROU

REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CIRURGIÃO DENTISTA E O COMPORTAMENTO INFANTIL FACE AO TRATAMENTO ODONTOPEDIÁTRICO

Dissertação apresentada ao programa de mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em psicologia, sob a orientação da Profª Drª Sonia Grubits.

CAMPO GRANDE-MS

2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Macerou, Raquel Trombini Pertinhes
Representação social do cirurgião dentista e o comportamento infantil, face ao tratamento odontopediátrico / Raquel Trombini Pertinhes Macerou; orientadora Sonia Grubits. Campo Grande, 2004.
141 p.; il. + anexos

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco. Programa de Mestrado em Psicologia
Orientadora: Sonia Grubits
Bibliografia: p. 125 - 133

1. Odontopediatria – Aspectos psicológicos 2. Psicologia social. 3. Medo 4. Ansiedade I. Título II. Grubits, Sonia

CDD - 617.643

Bibliotecária responsável: Clélia Takie Nakahata Bezerra CRB 1/757

BANCA EXAMINADORA

_____
Profª Drª Sonia Grubits

_____
Profª Drª Vera Mincoff Menegon

_____
Profª Drª Catarina Prado

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/2004.

Dedico este trabalho aos meus filhos Isadora e João Lucas, crianças maravilhosas, cheias de ternura e docilidade, que enchem meu coração do mais puro e nobre dos sentimentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu marido Régis, pela paciência e pelas carinhosas palavras de incentivo que me tranqüilizaram em momentos difíceis, durante a execução deste trabalho.

Agradeço aos meus pais Elaire e Atair, pelo exemplo de força e perseverança, fundamentais em minha vida e minhas escolhas, permitindo ser quem sou, com orgulho e dignidade.

À querida Profª Drª Sonia Grubits, minha orientadora, pela atitude acolhedora e pela confiança que depositou em minha capacidade, me ensinando a caminhar sozinha e a acreditar que tudo sempre dá certo.

À minha amiga Gysélle Saddi Tannous, pelo companheirismo e pela amizade a mim dedicada nos últimos anos.

Às minhas companheiras de trabalho, Ana Paula Pinto, Symonne Parizzotto, Mônica Aratani e Renata Belchior, que dividem comigo a paixão pela odontopediatria.

À querida Profª Drª Catarina Prado, pelo exemplo de incansável trabalho, pelo incentivo e pelas inúmeras atitudes maternalistas a mim dedicadas com gentileza, carinho e talento de quem exerce, com amor e competência, tudo o que faz.

À Ângela, secretária do mestrado, pela presteza e paciência com que atendeu a todas as minhas solicitações.

À delicada Maria Elisa, que com sua extrema eficiência e máxima humildade me estendeu a mão, para que fosse possível a finalização deste trabalho.

Agradecimento especial

À minha querida, doce e carinhosa mãe, registro minha eterna gratidão pela ajuda nos momentos em que nada parecia possível, acolhendo e cuidando dos meus filhos como jóias raras e preciosas que são, e me incentivando a nunca desistir daquilo em que acredito, à sua semelhança.

RESUMO

Esta pesquisa tem, por intenção, perceber os reais agentes que podem influenciar o comportamento das crianças no ambiente odontológico. Assim, com o objetivo de verificar os fatores potencialmente capazes de ajudar o dentista a conhecer e controlar esses, ditos, comportamentos negativos do paciente infantil, foi realizada uma pesquisa com 30 crianças e seus responsáveis, em uma única sessão, dentro do curso de Especialização em Odontopediatria do Sindicato dos Cirurgiões Dentistas de Campo Grande-Mato Grosso do Sul (SIOMS). Todos os responsáveis investigados responderam a um questionário sobre suas experiências odontológicas prévias, bem como a um teste para avaliar a própria ansiedade (DAS). O comportamento infantil foi avaliado utilizando-se a Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL durante o atendimento odontológico; a avaliação da ansiedade odontológica também foi estimada através do monitoramento dos batimentos cardíacos, antes e após a assistência odontológica, utilizando-se um medidor de freqüência cardíaca (Polar World). Os métodos estatísticos empregados para análise dos dados obtidos foram o Teste de uma proporção, Teste t-Student e Teste Exato de Fisher. Os resultados não revelaram associações estatisticamente significativas entre o comportamento da criança e a ansiedade odontológica dos responsáveis. A alteração da freqüência cardíaca mostrou que existe uma variação entre os batimentos antes e após o atendimento odontológico, apontando para um possível quadro de ansiedade momentânea. Estes resultados mostram que o profissional pode verificar a existência de fatores influenciadores de comportamento infantil dentro do atendimento odontológico. A inclusão na anamnese de questões relativas à representação social do cirurgião-dentista pelos responsáveis, além de um bom conhecimento sobre os fatores psicológicos da criança e as novas maneiras de abordagem no consultório odontopediátrico, pode contribuir para uma melhor abordagem do odontopediatra aos seus pacientes.

Palavras-chave: representação social; odontopediatria; medo e ansiedade.

ABSTRACT

The purpose of the present survey is to perceive the real facts that can affect children's behaviour in the odontological environment. Therefore, with the intent of verifying the facts that can potencially help dentists to learn and control these said to be negative behaviours of the young patients, a research was made with 30 (thirty) children and their parents (guardians), in one session that took place in the paediatric dentistry specialization class of the Dental Surgeon Syndicate of Campo Grande - Mato Grosso do Sul (SIOMS). All the adults (parents/guardians) had to answer a questionnaire about their previous dental experiences, as well as a test to evaluate their own anxiety (DAS). The child's behaviour was analysed using FRANKL behaviour evaluation scale during operatory, and the assess of dental anxiety was also estimated monitoring child's heartbeat before and after dental treatment, using a heart rate measurer (POLAR WORLD). The statistical methods used in order to analyse the results were the one proportion test, t-Student Test, Fisher's exact test. The results did not show any significant statistic association between child's behaviour and parents/guardians's dental anxiety. The variation of the cardiac frequency showed the existance of an alteration between the child's heartbeat before and after dental treatment pointing out to a possible momentary anxiety. These results show that dentist can verify the existance of elements that can influence child's behaviour in dental operatory. The inclusion in the anamnesis of questions relating social representation of dentist by the parent/guardian, beyond good familiarity of the child's psychological factors and new ways of approach in the dental scenery, can contribute to a better approach of paediatric dentists and their patients.

Key words: social representation; paediatric dentistry; fear and anxiety.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição do número e percentual de responsáveis segundo gênero e escolaridade.....92

GRÁFICO 2 - Distribuição dos responsáveis segundo a permanência até o final do último tratamento.....93

GRÁFICO 3 - Distribuição dos responsáveis segundo a presença de trauma no último tratamento odontológico.....94

GRÁFICO 4 - Distribuição dos responsáveis segundo o que lhe vem à mente quando pensa no dentista.....95

GRÁFICO 5 - Distribuição das crianças segundo a escuta de relatos desagradáveis no atendimento odontológico por parte de familiares 96

GRÁFICO 6 - Distribuição dos responsáveis segundo a presença de ansiedade odontológica medida pela escala DAS.....97

GRÁFICO 7 - Distribuição da desistência do responsável no último tratamento odontológico e sua ansiedade segundo DAS. 98

GRÁFICO 8 - Distribuição dos responsáveis segundo a existência de trauma no último tratamento odontológico com a ansiedade do responsável. 99

GRÁFICO 9 - Distribuição dos responsáveis segundo o que lhe vem à mente quando pensa no dentista e sua ansiedade odontológica. 100

GRÁFICO 10 - Distribuição dos responsáveis segundo a ansiedade odontológica e a escuta dos filhos de episódio ruim ou desagradável sobre atendimento odontológico envolvendo algum familiar 101

GRÁFICO 11 - Distribuição do número e percentual das crianças atendidas segundo gênero e faixa etária. 103

GRÁFICO 12 - Distribuição percentual do grau de parentesco do responsável 104

GRÁFICO 13 - Distribuição das crianças segundo a Classificação de Comportamento de FRANKL. 105

GRÁFICO 14 - Distribuição das crianças segundo a diferença de freqüência cardíaca (batimentos por minuto) entre o início e o final do atendimento. 106

GRÁFICO 15 - Distribuição cruzada do comportamento da criança na situação odontológica e a ansiedade do responsável. 108

GRÁFICO 16 - Relação entre a diferença de freqüência cardíaca e o comportamento da criança frente ao tratamento odontológico (segundo Frankl). 109

GRÁFICO 17 - Relação entre a freqüência cardíaca e a ansiedade do responsável. 111

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Distribuição do número e percentual de responsáveis segundo gênero e escolaridade.....91

TABELA 2 - Distribuição dos responsáveis segundo a permanência até o final do último tratamento.....93

TABELA 3 - Distribuição dos responsáveis segundo a presença de trauma no último tratamento odontológico.....94

TABELA 4 - Distribuição dos responsáveis segundo o que lhe vem à mente quando pensa no dentista.....95

TABELA 5 - Distribuição das crianças segundo a escuta de relatos desagradáveis no atendimento odontológico por parte de familiares.....96

TABELA 6 - Distribuição dos responsáveis segundo a presença de ansiedade odontológica medida pela escala DAS.....97

TABELA 7 - Distribuição da desistência do responsável no último tratamento odontológico e sua ansiedade segundo DAS.....98

TABELA 8 - Distribuição dos responsáveis segundo a existência de trauma no último tratamento odontológico com a ansiedade do responsável.....99

TABELA 9 - Distribuição dos responsáveis segundo o que lhe vem à mente quando pensa no dentista e sua ansiedade odontológica.....100

TABELA 10 - Distribuição dos responsáveis segundo a ansiedade odontológica e a escuta dos filhos de episódio ruim ou desagradável sobre atendimento odontológico envolvendo algum familiar 101

TABELA 11 - Distribuição do número e percentual das crianças atendidas, segundo gênero e faixa etária 103

TABELA 12 - Distribuição percentual do grau de parentesco do responsável 104

TABELA 13 - Distribuição das crianças segundo a Classificação de Comportamento de FRANKL 105

TABELA 14 - Distribuição das crianças segundo a diferença de freqüência cardíaca (batimentos por minuto) entre o início e o final do atendimento 106

TABELA 15 - Distribuição cruzada do comportamento da criança na situação odontológica e a ansiedade do responsável 107

TABELA 16 - Relação entre a diferença de freqüência cardíaca e o comportamento da criança frente ao tratamento odontológico (segundo Frankl). 109

TABELA 17 - Análise de freqüência cardíaca da criança, de acordo com o teste da mediana de Mood frente ao comportamento na situação odontológica (FRANKL) 110

TABELA 18 - Análise de freqüência cardíaca da criança, de acordo com o teste t-Student frente ao comportamento na situação odontológica (FRANKL) 110

TABELA 19 - Relação entre a freqüência cardíaca e a ansiedade do responsável 111

TABELA 20 - Análise da diferença de freqüência cardíaca da criança, de acordo com o teste t-Student entre as crianças, segundo a ansiedade do responsável 112

TABELA 21 - Análise de freqüência cardíaca da criança, de acordo com o teste da mediana de Mood frente à ansiedade do responsável 112

TABELA 22 - Distribuição da última visita ao dentista à ansiedade do responsável 112

TABELA 23 - Distribuição da reação ao atendimento da criança com a ansiedade do responsável 113

TABELA 24 - Distribuição percentual entre a opinião sobre o dentista e a ansiedade do responsável 113

TABELA 25 - Distribuição entre relatos desagradáveis sobre atendimento odontológico e o comportamento da criança em relação ao tratamento odontológico 114

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 1

2 HISTÓRIA E REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ODONTOLOGIA NO BRASIL 5

2.1 FOLCLORES DA ODONTOLOGIA 5

2.2 HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA 7

2.3 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ODONTOLOGIA 16

3 FATORES INFLUENCIADORES DO COMPORTAMENTO INFANTIL 24

3.1 MEDO E ANSIEDADE 24

3.2 DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO INFANTIL 41

3.3 ANSIEDADE MATERNA E AMBIENTE FAMILIAR 56

4 PSICOLOGIA E ODONTOLOGIA 66

5 RECURSOS UTILIZADOS PARA MODIFICAR O COMPORTAMENTO INFANTIL 71

6 TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE 78

6.1 TÉCNICA DE AVALIAÇÃO FISIOLÓGICA 78

6.2 TÉCNICA DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL 82

6.2.1 *Corah's Dental Anxiety Scale* (DAS) 84

6.2.2 *Personality Scale of Manifest Anxiety* (MAS) 84

6.2.3 *Children's Fear Survey Schedule – Dental Subscale* (CFSS-DS) 85

6.2.4 *Venham Pictures Test* (VPT) 85

6.2.5 Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL 85

7 METODOLOGIA 87

7.1 APROVAÇÃO 87

7.2 OBJETIVOS 87
7.3 PARTICIPANTES 88
7.4 APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS AOS RESPONSÁVEIS 88
7.5 APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS NAS CRIANÇAS 89
7.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS OBTIDOS 90

8 RESULTADOS 91
8.1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CIRURGIÃO DENTISTA 91
8.2 FATORES INFLUENCIADORES 102
8.3 ANÁLISES ADICIONAIS 112

9 DISCUSSÃO 115

10 CONCLUSÃO 124

REFERÊNCIAS 125

APÊNDICE 134

ANEXO 139

1 INTRODUÇÃO

A escolha do tema desta pesquisa surgiu, na verdade, da necessidade, como Odontopediatra e Especialista em Paciente Portadores de Necessidades Especiais, de conhecer a fundo quais eram as implicações do tratamento odontológico, bem como do uso das técnicas para controle de comportamento, em pacientes infantil.

Este estudo tem a finalidade de colaborar, no campo da odontopediatria, com o avanço de uma melhor percepção dos fatores que influenciam o comportamento da criança na situação odontológica. Uma vez conhecedor destes fatores, o odontopediatra pode estabelecer estratégias adequadas para o tratamento da criança, levando em consideração a evolução dos aspectos científicos, tecnológicos e, principalmente, interacionistas do paciente infantil e do profissional.

Saber lidar com o comportamento infantil em odontopediatria pode significar a chave para o sucesso do tratamento, uma vez que esta atitude, acompanhada de uma postura firme e uma abordagem segura, passa ao paciente de pouca idade, confiança suficiente para dissipar sentimentos de ansiedade e medo que podem estar presentes na concepção da figura do cirurgião dentista e no tratamento odontológico.

Desta curiosidade, nasceu uma idéia inicial que pretendia avaliar as conseqüências da contenção física para controle de comportamento no atendimento odontopediátrico. Assim, um estudo piloto foi realizado, mas os resultados não foram satisfatórios.

Ficou constatado que havia necessidade de um estudo que antecedesse o

tratamento odontológico, ou que, ao menos justificasse o comportamento aversivo de algumas crianças frente ao atendimento odontopediátrico.

Desta necessidade, surgiu a idéia do estudo sobre Representação Social da Odontologia e como essa representação poderia influenciar os sentimentos de medo e ansiedade sobre as crianças.

O impacto emocional, os medos e as fantasias gerados pelo atendimento odontológico devem ser enfatizados, pois a forma pela qual a criança elabora internamente esta experiência é decisiva na formação de suas futuras expectativas e reações.

Por ser a odontopediatria uma especialidade abrangente, exige do profissional não só o conhecimento de medidas preventivas e ou habilidades restauradoras, mas também a compreensão específica sobre os aspectos psicológicos do desenvolvimento infantil.

A psicologia aplicada à odontologia contribui como uma ação geral que propõe uma ampla visualização do paciente em sua unidade global, envolvendo corpo, mente, ambiente físico, além do meio socioeconômico e cultural.

A odontopediatria necessita intensamente de conhecimentos sobre psicologia para posterior aplicação na clínica. É com base nestes conhecimentos que o profissional vai selecionar o seu modo de atuação para com o paciente infantil, onde há um intercâmbio ativo com um ser humano em pleno desenvolvimento, e muitas vezes imaturo para o tratamento necessário.

Alguns dos problemas bucais podem acontecer antes da criança ter idade suficiente para compreender e aceitar o tratamento, e outros acometem crianças com idade mais elevada, porém, informações equivocadas ou idéias mal concebidas a respeito do tratamento odontológico podem levar a um comportamento inadequado frente a esta situação.

Mitos e falta de informações a respeito do crescimento e desenvolvimento infantil podem levar à errônea idéia de que crianças não terão manifestações

físicas e psíquicas, assim como pacientes adultos. O controle de comportamento em pacientes infantis é um componente integral na prática odontopediátrica.

Esta dissertação tem início com um breve capítulo sobre a História da Odontologia, com uma abordagem folclórica, sem a qual nenhuma cultura se contextualiza, onde o saber e as práticas populares relativas à saúde se conformam a partir de uma determinação estrutural, permeados por um processo cultural.

Em seguida, aborda,de maneira focada, a representação social do cirurgião dentista e do tratamento odontológico em si, conceituando percepções que exigem o questionamento de um referencial capaz de colocar esta representação como realidade, cercado de crendices populares e mostrando a grande evolução que esta profissão sofreu no decorrer dos anos.

Na seqüência, uma revisão de literatura sobre ansiedade, medo e comportamento das crianças e dos responsáveis frente ao odontólogo e sua função, enfocando essas emoções como um processo importante e complexo para se entender as dinâmicas do comportamento humano em sua plenitude.

Todo referencial metodológico foi usado para avaliação dos sentimentos e alterações do comportamento, uma vez que a grande maioria das crianças comporta-se de maneira adequada frente ao tratamento odontológico, porém algumas, embora permitam a intervenção terapêutica, ainda insistam em se comportar inadequadamente e a sentir medo e ansiedade. Entre os métodos selecionados estão a avaliação da ansiedade do acompanhante, medida através da Escala DAS, o comportamento infantil avaliado através da Análise de FRANKL, além do monitoramento da freqüência cardíaca dos pacientes infantis.

E finalmente, análise dos dados e resultados obtidos.

Em função do medo e ansiedade serem sentimentos conhecidos de adultos e crianças, manifestarem-se de forma a alterar o comportamento humano, e de possuírem diversos fatores influenciadores, é importante conhecer o paciente de forma global, para melhor avaliar seus sentimentos e reações perante os mais

simples procedimentos odontológicos até os mais complexos. Além disso, a sábia política de conhecer o paciente constitui metade do êxito do tratamento, uma vez que a compreensão de suas reações psicológicas, acompanhadas do ritmo da evolução física e da influência do ambiente em que vive leva ao reconhecimento do sincronismo evolutivo que existe entre o desenvolvimento somático e psíquico, diminuindo o distanciamento existente entre os discursos científicos e populares, adotando uma postura mais democrática e colocando-se numa atitude de abertura permanente a novos saberes e a um constante repensar e refazer.

Cabe ressaltar que, frente ao imenso horizonte sobre o assunto, esta pesquisa não pretende se esgotar, uma vez que psicologia e odontologia desempenham papeis fundamentais na interação paciente-profissional.

2 HISTÓRIA E REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ODONTOLOGIA NO BRASIL

A odontologia, assim como as outras ciências da saúde, passaram por várias etapas no decorrer de sua trajetória. Os profissionais dessas ciências aprendiam na base da tentativa e erro, e ainda por meio da observação. A maior testemunha disto é a própria história e o que ela significa para o seu povo.

2.1 FOLCLORES DA ODONTOLOGIA

> Quíron é uma abreviatura de aquele que trabalha ou age com as mãos, cirurgião, pois que esse Centauro foi um grande médico, que sabia muito bem compreender seus pacientes, por ser um médico ferido. Filho do deus Crono e Fíliria, pertencia à geração divina dos olímpicos. Pelo fato de Crono ter se unido a Fíliria, sob a forma de um cavalo, o Centauro possuía dupla natureza: eqüina e humana. Vivia numa gruta do monte Pélion, e era um gênio benfazejo, amigo dos homens. Sábio, ensinava música, a arte da guerra e da caça, a moral, mas sobretudo a medicina. Foi o grande educador de heróis, entre outros, de Jazão, Peleu, Aquiles e Asclépio. Quando do massacre dos centauros por Heracles, Quíron, que estava ao lado do herói e era seu amigo, foi acidentalmente ferido por uma flecha envenenada do filho de Alcmea. O Centauro aplicou ungüentos sobre o ferimento, mas este era incurável [...].
>
> *J. S. Brandão*

Folclore é uma palavra etimologicamente de origem anglo-saxônica, formada de *folk* (povo) + *lore* (saber ou ciência), que significa “ciência do povo” ou “saber vulgar” ou ainda, “saber tradicional do povo” (ROSENTHAL, 2001).

Folclore é um fato social e cultural ao mesmo tempo. Seu estudo foi reconhecido como integrante da Antropologia Cultural, e não da Sociologia, pois

usa métodos e processos antropológicos para a documentação, a pesquisa e a análise de seus fenômenos. Este reconhecimento se deu no I Congresso Brasileiro de Folclore, no Rio de Janeiro em 1951.

A cultura brasileira é fruto de uma mistura de raças, crenças e costumes. Índios, brancos e negros formaram as bases da História do Brasil, enriquecida posteriormente com as tradições de portugueses, espanhóis, árabes, alemães, etc.; que vieram a partir do século XIX.

A tradição é a marca característica de toda forma de folclore podendo ser oral ou demonstrativa. A oral caracteriza-se pela fala, conto ou canto, passa de pai para filho,de mãe para filha, de avô para neto. A forma demonstrativa é observada ou ensinada, utilizada de geração a geração.

Existem muitos exemplos folclóricos a respeito da dentição humana. O folclore dos dentes, tal como se manifesta em diferentes regiões do Brasil, classifica-se em costumes populares ou crendices, literatura e artes populares.

Em se tratando de crendices é de conhecimento público que sonhos relacionados a dentes que caem podem significar maus presságios como morte, assim como sonhar com dentes sujos sugere fato vergonhoso na família. Sonhos com a falta de dentes podem ser sinal de problemas.

O emprego de dentes humanos e de animais como amuletos e talismãs era freqüente em tempos antigos e continua a ser comum em nossos dias. Aos dentes atribuía-se a virtude de afastar do seu possuidor malefícios, doenças, mau olhado, etc.

As rezas e as invocações aos santos são meios conhecidos em todas as sociedades e em todas as épocas, para ajudar as pessoas, principalmente em relação à cura física ou proteção contra males. Todos os males relacionados aos dentes, estão, segundo a religião católica, sob a proteção de Santa Apolônia.

A tragédia da Santa ocorreu no ano 249 a.C., no último ano do reino do Imperador Felipe, quando houve uma revolta contra os cristãos em Alexandria,

Egito. Vários cristãos foram dominados pelos pagãos, encontrando a morte após terem sido martirizados. Entre estes, a filha de um rico e bem sucedido magistrado, a virgem Apolônia, cujos dentes foram fraturados com pedras ferindo também seu rosto. Os perseguidores a levaram então para fora da cidade, acenderam uma grande fogueira e a ameaçaram jogá-la viva ao fogo, caso não renegasse sua fé cristã. Poucos minutos lhe foram dados para refletir, assim Apolônia aproveitou a falta de atenção dos torturadores e jogou-se na fogueira. De acordo com a história, antes de morrer, disse que todos aqueles que sofressem de dores de dente e invocassem seu nome teriam suas dores aliviadas (ROSENTHAL, 2001).

Inicialmente considerada patrona dos pacientes com dores de dentes, tornou-se mais tarde Padroeira Universal dos Dentistas. Seu culto é mais popular na França e Itália.

“A importância do folclore como parte integrante do legado cultural e da cultura viva é um meio de aproximação entre os povos e grupos sociais e de afirmação de sua identidade cultural” (ROSENTHAL, 2001, p. 355).

2.2 HISTÓRIA DA ODONTOLOGIA

> O homem é o único ser da criação capaz de experimentar mudanças por própria determinação.
>
> *González Pecotche*

A história da odontologia, em seus primórdios, esteve intimamente ligada à história da medicina, isso porque a parte odontológica era considerada um aspecto da medicina; o significado da odontologia, em seu início, esteve relacionado a uma atividade de saúde secundária. O homem, nesta época, lutava contra as doenças e para ele existiam apenas dois grandes dramas: a dor e o medo.

A odontologia nasceu na Mesopotâmia, ganhou o antigo Egito, correu o Mediterrâneo atravessando-o, chegou à Grécia, infletiu-se depois até Roma, seguiu para a Península Ibérica, chegou à França, Alemanha e Inglaterra, transpôs o Oceano Atlântico, espalhando-se pela América, nesse curso longo de alguns milênios, recebendo, em seu demorado percurso, afluentes importantes, lançando braços em várias direções até chegar ao colosso admirável da atualidade (SALLES CUNHA[1], 1952 apud ROSENTHAL, 2001).

Com o surgimento das primeiras civilizações ao longo dos rios Tigre e Eufrates, na Mesopotâmia, foram encontradas, nas tábuas cuneiformes de argila dos Assírios, Babilônicos (3.500 a.C.), menções a respeito do verme responsável pela destruição das estruturas dentárias. Essas civilizações conheciam os mesmos processos cariosos e periodontais que existem hoje, embora na época fossem confundidos com uma só manifestação patológica: a dor dos molares.

De acordo com Thompsom[2] (1903 apud FEBRES-CORDERO[3], 1966)[4], nas inscrições existentes da época encontram-se gravadas a oração e a fórmula para destruir o verme dentário (gusano), corporação do demônio do mal que corroia e destruía os dentes. Tais escrituras deveriam ser rezadas como parte essencial do tratamento sendo que o texto dizia:

> Depois que ANU criou os céus, os céus criaram a terra,
> a terra criou os rios, os rios criaram os canais, os canais
> criaram os pântanos, e os pântanos criaram o gusano.
> Então o gusano apresentou-se perante EA (Deusa das águas) dizendo:
> Que me darás de comer, que me darás para destruir?
> Dar-te-ei figos maduros e a carne de figos grandes.
> Na verdade, que são para mim estes figos grandes e maduros?

---

[1] SALLES CUNHA, E. *História da odontologia no Brasil (1500-1900).* 2. ed. Rio de Janeiro: Científica, 1952.

[2] THOMPSON, R. C. *The devils and evil spirits of Babylonia*. Londres: Luzac and Corporation, 1903. v. 2.

[3] FEBRES-CORDERO, F. *Origenes de la odontologia*. Caracas: Arte, 1966.

[4] apud ROSENTHAL (2001, p. 38).

> Levanta-me e deixa-me residir entre os dentes e gengivas,
> de modo que eu possa sugar o sangue do dente e corroer a
> cartilagem das gengivas.
> Posto que tenha dito isto, gusano,
> que EA te golpeie com a força de seu punho.
> Este é o ritual mágico
> Misture cerveja, azeite e a planta de sakilbir,
> Coloque no dente
> E repita a invocação três vezes.

Em relação à evolução da medicina egípcia, mesclam-se idéias mágicas e religiosas com observações racionais de conteúdo científico. De maneira geral, a medicina dos egípcios representou uma etapa mais avançada que a da mesopotâmia, e nela acentua-se a diferenciação iniciada entre a concepção demoníaca dos primeiros tempos e a interpretação racional e científica que nasceu da escola de Hipócrates. Essa diferenciação foi bem representada pelo aparecimento de três classes de profissionais às quais competia o cuidado com a saúde: o médico, o sacerdote e o exorcista (SIGERIST[5], 1955 apud FEBRES-CORDERO, 1966)[6]. Devido à profunda religiosidade e crença dos egípcios, é evidente que nunca puderam estabelecer com clareza onde terminava a religião ou a magia e onde iniciava a medicina.

A terapêutica egípcia alcançou grande desenvolvimento pela enorme extravagância nos medicamentos. Um medicamento popular contra dores de dentes consistia em aplicar ao dente, um corpo de rato recém aberto. Esta lenda originou-se da crença dos egípcios de que os ratos possuíam o “poder da vida”, e, assim, plenos de fatores vitais que eram transmitidos aos enfermos, ao serem ingeridos (BREMNER[7], 1939 apud FEBRES-CORDERO, 1966)[8].

---

[5] SIGERIST, H. E. *A history of medicine*. New York: Oxford University Pres, 1955. v. 1.
[6] apud ROSENTHAL (2001).
[7] BREMNER, M. D. K. *The history of dentistry*. New York: Dental Itens of Interest Publishing Co., 1939.
[8] apud ROSENTHAL (2001).

Há indícios de que os médicos egípcios perfuravam as tábuas corticais das mandíbulas para diminuir a pressão provocada por inflamações dentais.

Os antigos egípcios possuíam fórceps sólido para a extração dos dentes e alavancas até em forma de “pé-de-cabra”. Se existe um instrumento que simboliza um ato, ampliando-o até identificar-se com uma profissão toda, este é o fórceps dentário para a odontologia. Odontagra, boticão, extrações e dentista: esta correlação foi tão íntima durante séculos, que a fantasia popular acabou associando o boticão e as extrações dentárias com a figura do dentista (PROSKAUER; WITT[9], 1962 apud ROSENTHAL, 2001).

Foi em 1363 que um cirurgião de Avignon, chamado Guy de Chauliac, introduziu pela primeira vez o termo “dentista” (ROSENTHAL, 2001).

A odontologia praticada no século XVI, a partir da descoberta do Brasil, restringia-se quase que só a extrações dentárias. As técnicas eram rudimentares, o instrumental inadequado e não havia nenhuma forma de higiene ou anestesia (ROSENTHAL, 2001).

Com a vinda da primeira expedição colonizadora em 1530, e a partir de 1549, com a instalação das Capitanias Hereditárias surgiram os primeiros núcleos de povoação. Assim, vieram os mestres de ofício de diversas profissões, onde se incluíam os cirurgiões que eram também barbeiros. O barbeiro ou sangrador como eram chamados na época, deveria ter como qualidade, força física, ser impiedoso, impassível e rápido. Esses eram, de maneira geral, ignorantes, aprendiam a atividade com um profissional mais experiente, na melhor das hipóteses ineptos e mal treinados e, na pior, charlatões que prometiam livrar os dentes de seus vermes.

Os físicos ou médicos evitavam a tarefa de arrancar dentes, considerando esta, uma crueldade, alegando os riscos para os pacientes em decorrência de hemorragias e inevitáveis infecções. Argumentavam que suas mãos poderiam

---

[9] PROSKAUER, C.; WITT, F. H. *Bilgeschitchte der zahnheilkunde*. Köln: M. Du MontSchauberg, 1962.

ficar pesadas e sem condições para intervenções delicadas. A verdade é que, sem anestesia, com instrumentos inadequados e gritos devido à dor intensa, eram muitos os insucessos. Assim, só os barbeiros, sangradores é que tinham coragem de extrair dentes (MELO, 1984).

Foi em 1629, através da Carta Régia de Portugal, que foi regularizado o exercício da arte dentária no Brasil, e pela primeira vez foram citados os barbeiros. Dois anos após, chega, ao Brasil, Antônio Francisco Milheiro para esta atividade, e em companhia de dois outros barbeiros, examinava os sangradores. Estes deveriam comprovar que tiveram mais de dois anos de aprendizagem e após pagarem a quantia de dois mil e quatrocentos réis recebiam uma carta, podendo legalmente exercer sua função (ROSENTHAL, 2001).

Para avaliar o significado e o conceito de barbeiro, encontra-se na quarta edição do Novo Dicionário da Língua Portuguesa, de Eduardo de Faria, publicado no Rio de Janeiro em 1859: "BARBEIRO: s.m. – o que faz barba; (antigo) sangrador, cirurgião pouco instruído que sangrava, deitava ventosas, sarjas, punha cáustico e fazia operações pouco importantes" (ROSENTHAL, 2001).

Nessas cirurgias pouco importantes incluíam-se as extrações dentárias (OLIVEIRA, 1982).

Em 1728, na França, Pierre Fauchard (1678-1761) revoluciona a odontologia com seu livro *Le Chirurgien Dentiste au Traité dês Dents*, inovando conhecimentos, técnicas e aparelhos (WEINBERGER[10], 1948 apud ROSENTHAL, 2001).

Nessa época, tinha início a exploração de ouro no estado de Minas Gerais com grande afluxo de interessados; José Coimbra Galhardo é então nomeado pela Casa Real Portuguesa, Cirurgião-Mor de Minas Gerais, e vem ao Brasil regulamentar os práticos e a arte dentária.

---

[10] WEINBERGER, B. W. Dentistry during the eighteenth century. In: _____. *An introduction to the history of dentistry*: with medical & dental chronology & bibliographic data. Saint Louis: Mosby, 1948. v. 1, cap. 19, p. 389-408.

Pela lei de 17 de junho de 1782, para uma melhor fiscalização nas colônias portuguesas, em lugar de físico e cirurgião-mor, foi criada a Real Junta de Protomedicato pela Rainha de Portugal, D. Maria I. Constituída de sete deputados, médicos ou cirurgiões, por um período de três anos, caberia a estes o exame e a expedição de cartas e licenciamento das "pessoas que tirassem dentes" (SALLES CUNHA, 1952 apud ROSENTHAL, 2001).

De acordo com Rosenthal (2001), nas últimas décadas do século XVIII, Joaquim José da Silva Xavier (1746-1792), praticou a odontologia que aprendera com seu padrinho, Sebastião Ferreira Leitão. Nessa época, o tratamento consistia em extrair dentes com alavancas, boticões rudimentares e as famosas chaves de Garengeot. Não eram realizados tratamentos de canais, e as obturações eram de chumbo derretido e colocado sobre tecido cariado e polpas afetadas, com conseqüências bastante desastrosas. As próteses eram muito simples, esculpindo-se dentes em ossos ou marfim, que eram amarrados com fios aos dentes remanescentes. Dentaduras eram também esculpidas em marfim ou ossos, utilizando-se dentes humanos e de animais, retendo-as na boca por intermédio de molas, sistemas usados na Europa, onde a substituição de dentes caídos era efetuada com produtos origem animal ou com a extração de dentes da boca de pessoas falecidas. Os primeiros geralmente eram insatisfatórios, pois absorviam odores e sofriam mudanças de cor; quanto aos dentes humanos, estes eram escassos e caros, e a maior parte das pessoas sentia uma repugnância natural ao colocar um dente de cadáver na boca.

No final do século XVIII, mais precisamente em 23 de maio de 1800, cria-se o "plano de exames", um aperfeiçoamento das formalidades e dos exames. É encontrado pela primeira vez, em documento do Reino, o vocábulo "dentista".

Em 1808, o príncipe regente D. João VI, fugindo das forças francesas, acompanhado de sua corte e da nata da sociedade portuguesa, chega a Salvador, tornando-se o Brasil, por esta contingência, sede de seu reino. Assim, houve nessa época um surto de progresso.

Havia na Bahia o chamado hospital São José, onde se criou a escola de

Cirurgia com a interferência do Dr. José Corrêa Picanço, físico e cirurgião-mor, em nome da Real Junta do Protomedicato. Este nada beneficiou os dentistas na época, porém, a seguir, Picanço, não só licenciou os profissionais da corte, como sete negros, de baixa classe social, alguns até escravos de poderosos senhores; supõe-se que o Reino fazia excepcionalmente essa concessão a fim de que pudessem atender outros escravos e pessoas carentes (SALLES CUNHA, 1952 apud ROSENTHAL, 2001).

Nessa época, havia dois ditados populares: “ou casa, ou dente”, “ou dente ou queixo, ou língua ou beiço”, indicando que dado o pouco conhecimento e inabilidade dos “tira dentes”, ainda ocorriam freqüentemente traumatismos nessas regiões.

Com a intenção de moralizar esta atividade ante as queixas contra os profissionais, o cirurgião-mor determinava, em suas “cartas”, que o barbeiro poderia exercer sua arte com restrições, não sangrando sem ordem do médico ou cirurgião aprovado e não tirando dentes sem serem examinados.

Em 1809, é abolida a Real Junta como Protomedicato; assim, todas as responsabilidades ficam a cargo do Físico-mor e do Cirurgião-mor, com a colaboração de seus delegados e sub-delegados. É nessa mesma época que um negro mestiço, conhecido como mestre Domingos, barbeiro popular no bairro da saúde do Rio de Janeiro, tornou-se famoso por exercer sua atividade atendendo a chamados, levando sob seu braço uma esteira de taboa para os clientes sentarem-se e uma enferrujada chave de Garengeot. Em função das manobras intempestivas e da rudimentariedade da chave, algumas vezes, extraía o dente vizinho também, porém cobrava apenas a extração de um (SAMICO[11], 1993 apud ROSENTHAL, 2001).

---

[11] SAMICO, A. *Escorço da história da odontologia no Brasil*. São Paulo: Conselho Federal de Odontologia, 1993.

Havia também um crioulo muito habilidoso que esculpia dentaduras em osso e as vendia na porta das igrejas, após as missas domingueiras. Os fiéis podiam escolher as mais bonitas e também as que melhor se adaptassem à boca.

Em 1820, o Doutor Picanço concede ao francês Eugenio Frederico Guertin a “carta” para exercer sua profissão no Rio de Janeiro. Este era diplomado pela faculdade de Odontologia de Paris e aqui atingiu elevado conceito. Atendia a maior parte da nobreza, inclusive D. Pedro II e familiares. Publicou em 1819, “Avisos Tendentes à Conservação dos Dentes e sua Substituição”, a primeira obra de odontologia feita no Brasil.

Em 1828, D. Pedro I suprime os cargos de Cirurgião-mor e Físico-mor, cujas funções passaram a ser exercidas pelas Câmaras Municipais e Justiças Ordinárias. Era uma forma de descentralização do poder público, particularmente necessária numa nação-continente como o Brasil, buscando-se tornar mais presentes e eficientes o controle e a fiscalização do exercício profissional. Por outro lado, este seria um ato retrógrado pois não haveria elementos capacitados em todos os lugares para examinar os candidatos.

Também em 1828, um francês chamado Jean Baptiste Debet (1768-1848), que bem conhecia o Brasil por ter aqui vivido de 1816 a 1837, reproduziu em gravuras a vida brasileira durante o primeiro Império, e uma única obra relacionada à Odontologia, denominada “Boutiques de Barbieri”, na qual aparecem dizeres como “Barbeiro, Cabelereiro, Sangrador, Dentista e Deitão Bixas”. Onde barbeiro significava, até meados do século XIX, a profissão de quem cortava cabelos, penteava, barbeava e também realizava curativos e arrancava dentes; sangrador era o indivíduo que realizava sangrias, retirava sangue das pessoas através de sanguessugas ou ventosas; e Deitão Bixas consistia em realizar sangria ou escoar processos infecciosos purulentos com auxílio de sanguessugas, animais que habitavam águas doces semelhantes às lesmas, possuidores de ventosas. Uma portaria de 1832 ditava prisão para quem fizesse uso ilícito da arte dentária, apesar da ilegalidade corriqueira e da precariedade do ensino.

De acordo com Rosenthal (2001, p. 39), obteve notoriedade e riqueza, no Brasil, um dentista português chamado Luiz Antunes de Carvalho, um dos pioneiros na cirurgia buco-maxilar. Conseguiu em Buenos Aires o direito de exercer a profissão e mudou-se para o Rio de Janeiro em 1836, sendo o primeiro dentista a registrar sua carta na secretaria da Câmara Municipal. Sua propaganda dizia:

> Luiz Antunes de Carvalho,
> enxerta dentes nas raízes dos podres,
> firma dentes e dentaduras inteiras,
> firma queixos, céus da boca,
> narizes artificiais e cura moléstias da boca;
> na rua Larga de São Joaquim, número 125.

A partir de 1840, começam a chegar ao Brasil dentistas dos Estados Unidos.

Em 1850, pelo Decreto-Lei n. 598, é criada a Junta de Higiene Pública que possibilitou à medicina uma enorme evolução, principalmente pelas medidas saneadoras. Os primeiros dentistas a registrarem-se tinham mentes mais lúcidas e procuravam a melhoria do ensino e normas um pouco mais criteriosas e moralizadoras àqueles que desejassem praticar a medicina e odontologia.

Em 1869, surge a primeira revista odontológica chamada “Arte Dentária”.

O Decreto n. 8.024, de 12 de março de 1881, art. 94 do regulamento para exames das faculdades de medicina, diz que os cirurgiões dentistas que quisessem habilitar-se para o exercício de sua profissão passariam por duas séries de exames: - o primeiro, anatomia, histologia e higiene em suas aplicações à arte dentária; o outro, de operações e próteses dentárias. A odontologia ainda era considerada uma atividade eminentemente artesanal.

Então, em 1884, o governo imperial, através do Decreto n. 9.311 de 25 de outubro de 1884, instituiu oficialmente o Curso de Odontologia nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Este decreto possibilitou um grande

desenvolvimento didático e de organização da odontologia moderna. A data de 25 de outubro foi instituída como o “Dia do Cirurgião Dentista Brasileiro”.

2.3 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA ODONTOLOGIA

> A verdadeira dificuldade não está em aceitar idéias novas, mas em fugir das idéias antigas.
>
> *John Maynard Keynes*

Quando se fala sobre o conceito de Representação Social, deve-se sempre entendê-lo através de uma relação indissociável e bilateral entre o indivíduo e o mundo que o cerca, ou seja, para analisar uma representação, é necessário considerar que ela sempre é referência de alguém para alguma coisa (pessoa, grupo, etc.) e está inserida numa estrutura social, ou seja, assume elementos da cultura, da linguagem, e das representações do grupo no qual se insere o sujeito (ANDRADE, 1988).

Minayo (1999) define Representação Social como um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Nas ciências sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a.

As Representações Sociais, por serem elaboradas na fronteira entre o psicológico e o social, são capazes de estabelecer conexões entre as abstrações do saber e das crenças e a concretude da vida do indivíduo em seus processos de troca com os outros. Neste sentido, Moscovici (1961 apud RAOZZI, FEDERICCI, CARVALHO, 2002) refere-se à “pressão por inferência” como conseqüência da necessidade que os indivíduos têm de, continuamente, reagirem à dinâmica social.

A relação do sujeito-mundo não se explica nem através do determinismo puro, segundo o qual o homem é fruto do meio em que vive, nem através do

voluntarismo puro, que considera o homem como criador livre. É necessário situar o homem no processo histórico, mas aceitar a sua possibilidade de criação e recriação (SPINK, 1993).

As Representações são “uma modalidade de conhecimento particular”, que têm por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos. O estudo das representações sociais, nessa perspectiva, consiste na análise dos processos pelos quais os indivíduos, em interação social, constroem teorias sobre os objetos sociais, que tornam viável a comunicação e organização dos comportamentos. Assim entendidas, as representações “alimentam-se” não só das teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações cotidianas (VALA, 1993).

As Representações Sociais são um sistema (ou sistemas) de interpretação da realidade, que organiza as relações do indivíduo com o mundo e orienta as suas condutas e comportamentos no meio social, permitindo-lhe interiorizar as experiências, as práticas sociais e os modelos de conduta ao mesmo tempo em que constrói e se apropria de objetos socializados. A relevância sociológica do estudo das representações sociais, desse modo, está no fato de que elas fundamentam práticas e atitudes de atores, uns em relação aos outros, ao contexto social e a aquilo que lhes acontece (XAVIER, 2002a).

Constituem as Representações Sociais uma forma de conhecimento socialmente elaborada, que se estabelece a partir da informação que recebe o indivíduo, de suas experiências e modelos de pensamento compartilhados e transmitidos. Através delas, descrevem, simbolizam e categorizam os objetos do mundo social, atribuindo-lhes um sentido no qual poderá ser inscrita e compreendida a ação.

Adotar o “construto” das representações sociais significa buscar compreender não somente o que e como as pessoas representam um objeto cujo conteúdo possui um valor socialmente evidente e relevante, mas também porque e para que o fazem daquela forma. Nesta perspectiva, emergem de forma nítida

os sentidos dos processos de simbolização e da atividade cognitiva em relação aos significados que o mundo externo assume em relação à vida psíquica (RAOZZI; WILSON; FEDERICCI, 1995 apud RAOZZI, FEDERICCI, CARVALHO 2002).

Minayo (1999) analisa ainda o viés através do qual atores como Durkeim e Weber trabalham o mundo das idéias e seu significado no conjunto das relações sociais. Do ponto de vista sociológico, que primeiro trabalha explicitamente o conceito de Representação Social usado no mesmo sentido que representações coletivas, o termo se refere a categorias de pensamento através dos quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade. Durkheim (apud MINAYO, 1999) afirma que essas categorias não são dadas a *priori* e não são universais na consciência, mas surgem ligadas aos fatos sociais passíveis de observação e de interpretação.

Max Weber elabora sua concepção do campo das Representações Sociais através de termos como “idéias”, “espírito”, “concepções”, “mentalidade”, usados muitas vezes como sinônimos e trabalha de forma particular a noção de “visão de mundo”. Para ele, a vida social - que consiste na conduta cotidiana dos indivíduos - é carregada de significação cultural. Essa significação é dada tanto pela base material como pelas idéias, dentro de uma adequação, em que ambas se condicionam mutuamente.

O conhecimento que o homem tem do mundo real é um conhecimento pré-teórico, é a soma total do que “todos sabem” sobre um mundo social que, de uma vez, provê as regras do comportamento adequado. Através da linguagem e do aparelho cognitivo, apoiado nessa linguagem, o homem objetiva o mundo, esse mundo que enfrenta como uma faticidade objetiva (DURKHEIM, 1982).

Entende-se por representação social o produto e o processo de construção mental do real. Constituem sistemas cognitivos com uma lógica e linguagem próprios. Não são meramente opiniões, imagens ou atitudes, mas teorias ou “ramos do conhecimento” que descobrem e organizam a realidade, cumprindo de uma vez uma dupla função: a de estabelecer uma ordem que permita aos

indivíduos orientar-se em um mundo material e social e dominá-lo, e ainda segundo Farr (1994), possibilitar a comunicação entre os membros de uma comunidade lhes dando um código para o intercâmbio social e para nomear e classificar os diferentes aspectos de seu mundo, de sua história individual e grupal.

Jodelet (1984) argumenta que do fato de representar se desprendem cinco características:

a) a representação se produz sempre em relação com um objeto: é um ato de pensamento por meio do qual se vincula com um objeto, é o representante mental do objeto, acontecimento, pessoa, idéia, tendo ralação, por esta razão, com o símbolo;

b) tem um caráter de imagem e a propriedade de intercambiar o sensível e a idéia, a percepção e o conceito. Através do processo de representação, o abstrato se concretiza transformando-se em uma imagem estruturada, a idéia se materializa e coisifica. Aqui se emprega o termo de imagem no sentido de figura ou conjunto figurativo, conjunto de aspecto de caráter concreto;

c) tem um caráter construtivo: não é uma simples reprodução, mas o ato de representar implica sempre uma parte de construção e reconstrução: cada um dos elementos adquire existência real; elementos do pensamento se transformam em elementos da natureza que, além disso, consideram-se referentes do conceito. São, portanto, um fator construtivo da realidade social;

d) tem um caráter autônomo e criativo, já que emprega elementos descritivos e simbólicos proporcionados pela comunidade que se impõem ao sujeito. As representações se integram e sobrepõem umas às outras, organizando seu mapa cognitivo; neste sentido, são parte do universo individual, mas são autônomas à consciência do indivíduo porque operam em situação de intercâmbio e interação e não isoladamente;

e) implicam, sempre, algo social: as imagens ou representações que o sujeito tem do mundo social não são imagens individuais, mas compartilhadas pelos integrantes de um grupo. As categorias que se empregam são da linguagem, tiradas de um fundo cultural comum. O social se introduz através da comunicação entre os atores sociais, através do marco de referência determinado culturalmente, através dos códigos, valores e ideologias das posições sociais específicas, expressando a inserção social do sujeito.

Análise das representações implica sempre uma comparação entre grupos, entre culturas, entre mentalidades e ideologias.

As Representações Sociais estão na base de toda situação de interação; cada vez que se entra em contato com objetos ou pessoas, se mobilizam conteúdos mentais, imagens, idéias que codificam e categorizam a situação, atribuindo a elas, certo significado.

Isto implica uma passagem do nível interpessoal ao social e cultural. De fato, a maioria das noções do “saber popular” formam parte da esfera cultural. Afirma-se, assim, a idéia da sociedade como uma realidade “suigeneris” que se impõe ao indivíduo, condicionando sua relação com os objetos e determinando a natureza dos comportamentos e as informações.

A representação que o sujeito elabora do mundo real não é, de maneira nenhuma, uma representação individual. Em sua elaboração, se usam termos proporcionados pela comunidade; a informação, porém, do real é percebida através de códigos, valores e ideologias que se associam a posições sociais específicas. Portanto, as representações são sempre representações sociais, compartilhadas por aqueles que ocupam posições sociais semelhantes dentro da estrutura social.

Todo outro modelo que faça abstração dos modos de cultura que criam a linguagem, que não se interesse pelas relações que se estabelecem entre as

pessoas, tem um enfoque reducionista que nega a essência eminentemente social dos fenômenos humanos.

Não são as regras lógicas que determinam a interpretação dos comportamentos, mas são as representações sociais as que constituem os dados que têm que servir de ponto de partida da investigação.

A teoria chamada Representação Social cabe adequadamente na proposta desta pesquisa. Aqui se pretende conhecer a representação que os grupos estudados têm sobre o tratamento odontológico e a figura do Cirurgião Dentista. Porém, o problema não se limita à sua simples identificação, uma vez que as representações se originam nas formações sociais, na comunicação desses grupos e especificamente nos valores e conceitos aprendidos, reproduzidos e reformulados no processo histórico cultural.

Investigar tantos aspectos importantes, muitas vezes desapercebidos aos olhos de profissionais envolvidos com saúde bucal e odontopediatria, é a motivação desta pesquisa, não se limitando à simples busca de respostas.

Não se sabe quais as Representações Sociais do Cirurgião Dentista na sociedade urbana brasileira e suas possíveis influências no tratamento, na manutenção preventiva e no autocuidado (CRUZ et al., 1997).

A representação é uma realidade que se impõe aos indivíduos, uma vez que as formas coletivas de agir ou pensar são coisas que têm existência própria e os indivíduos já as encontram formadas (HERZLICH, 1991).

O real se constitui como realidade por intermédio do simbolismo, pois este lhe oferece consistência significativa para poder ser compartilhada por um grupo social específico (BIRMAN, 1991). As concepções de saúde e doença estão relacionadas às raízes das pessoas, sendo influenciadas por suas experiências. Suas concepções se constroem em relação ao seu lugar e posição na sociedade (MINAYO, 1989). Não fugindo a essa regra, as representações de saúde bucal são construídas por meio da vivência do cotidiano e de reinterpretações do discurso do profissional. Essas imagens surgem como reflexo das realidades

objetivas de cada indivíduo, de determinadas culturas e história (BERND et al., 1992).

Falar de odontologia como representação social remete à situação de interação entre os participantes do ato de fala e inclui a comunicação de experiências pessoais.

De acordo com Jodelet (1984), a representação social concerne à forma pela qual os sujeitos apreendem os acontecimentos da vida diária, as características do meio ambiente, as informações, o conhecimento de “sentido comum” ou pensamento natural, em oposição ao conhecimento científico. Este conhecimento se constitui a partir da experiência, e também das informações e modelos de pensamento que se recebem e transmitem através da tradição, educação e a comunicação social. Assim, este conhecimento é, em muitos aspectos, socialmente elaborado e compartilhado. Neste sentido, a dimensão histórica é um elemento chave que não se deve menosprezar na interpretação dos fenômenos representacionais.

A dimensão informativa sobre a odontologia se refere ao nível coletivo de circulação e interação da informação entre diversos grupos. Nesta dimensão, intervém um processo seletivo onde os grupos captam e recortam a informação que consideram adequada, modelando assim uma representação específica do objeto, e a dimensão do campo de representação se forma mediante o processo de ancoragem que insere os conteúdos diversos desta, em um marco de conhecimento preexistente. O significado da odontologia como profissão esteve, em seu início, vinculado a uma atividade de saúde secundária.

Através da história, percebe-se que, inicialmente, a prática odontológica era primitiva e rudimentar. Em algumas sociedades, tais práticas eram usadas, inclusive, como forma de penalidade e tortura a quem transgredisse as leis (GUERINI, 1909 apud RESENDE, 1994).

Apesar da literatura científica reconhecer um progresso significativo nos tratamentos odontológicos, a literatura leiga afirma que uma das características

da ciência que cuida da saúde da boca é evoluir muito lentamente e que dentista sem dor é coisa do futuro.[12]

A literatura romanesca retrata a representação do cirurgião dentista de forma negativa, aparecendo como uma pessoa má e ridícula. Essa imagem é, também, veiculada pela televisão e cinema (MARTINEZ, 1990; PRIDE, 1991; GERBERT, 1992; MESKIN, 1992; SHUMAN et al., 1993; GERBERT, 1994; apud CRUZ et al., 1997).

Como conseqüência, as pessoas, quando chegam ao consultório odontológico, trazem consigo uma carga de medo e ansiedade muito grande. Parece ser o medo uma reação natural e ser fato conhecido que os dentistas causam dor (KLEINKNECHT et al., 1973; SANTOS et al., 1981; RANKIN; HARRIS, 1984; GALE et al., 1984; PRIDE, 1991; BERND et al., 1992; OLIVEIRA et al., 1993; SHUMAN et al., 1993; apud CRUZ et al., 1997).

---

[12] OS BOCAS..., 1994.

3 FATORES INFLUENCIADORES DO COMPORTAMENTO INFANTIL

Uma criança com medo ou dominada pela ansiedade, com a perspectiva de uma visita desagradável, provavelmente vivenciará a experiência de modo diferente ao de uma criança com baixo nível de medo ou ansiedade. A ansiedade e o medo afetam e de certo modo determinam o comportamento de uma criança que pode estar carregando consigo informações influenciadoras que passam a ser suas.

MEDO E ANSIEDADE

> Minhas emoções não nascem de acordo com as leis da lógica aristotélica. Minha mente não pode saber o que meu corpo "devia" estar sentindo. Ele tem suas próprias razões para sentir como sente e, considerando tudo, não poderia sentir diferentemente.
>
> *Hugh Prather*

O medo refere-se ao temor a um estímulo ou a uma situação definida e externa. É a "linguagem do instinto de conservação, o sinal que anuncia um perigo" e, portanto, a tendência é a fuga. Alguns autores diferenciam ainda medos reais (que foram experimentados na realidade pelo sujeito) dos medos imaginários ou subjetivos, onde a base repousa sobre a experiência alheia, que foi observada pela pessoa (FONTOURA, 1997).

O medo é um "[...] sentimento de grande inquietação ante a noção de algum perigo real ou imaginário" (FERREIRA apud CORRÊA, 2002, p. 185).

Ele é considerado uma emoção indispensável para a sobrevivência, pois é uma reação do organismo que busca manter sua integridade física ou psíquica.

Assim, é necessário e naturalmente esperado que a criança sinta medo (CORRÊA, 2002).

O medo relaciona-se a objeto determinado, constitui uma resposta emocional a uma ameaça ou risco consciente conhecido e, em geral, externo (RAMOS-JORGE et al., 2000).

Muris et al. (1996) afirmaram que os medos infantis fazem parte do desenvolvimento normal, têm função adaptativa e surgem em decorrência da maior percepção da criança dos perigos presentes em seu meio ambiente. Sentir medo e conseguir superá-lo permite que a criança aprenda interagir no mundo ao seu redor.

Segundo Jersild[13] (1969 apud VONO, 1994), crianças de pouca idade sentem mais medo de coisas reais, porque ainda não são capazes de fazer abstrações intelectuais, ao passo que, com o avanço da idade e o desenvolvimento da capacidade infantil de imaginação, os medos imaginários tornam-se mais intensos. Para Finn (1973), isto ocorre até um certo limite, quando a razão, a experiência e o intelecto mostram que estes temores são infundados.

Schachter e McCauley (1990) apresentaram uma lista dos medos infantis típicos de cada faixa etária, abordando desde bebês até adolescentes. Para os autores, a criança aos seis anos de idade sente medo de animais, de monstros, de sons, de chegar atrasada à escola, de pessoas com deformidades e preocupa-se com a possibilidade de morte de um dos pais. A partir dos sete anos, ela já consegue lidar com situações difíceis, porém, fantasmas, ladrões, chegar atrasada à escola, entrar em novas situações e a rejeição social são capazes de provocar medo.

Na faixa etária seguinte, a criança não expressa seus temores de maneira franca, mas pode apresentar enormes preocupações com críticas, de não ser admirada, de vir a falhar e ser punida. Em geral, os medos decrescem à medida

---

[13] JERSILD, A. *Psicologia da criança*. Belo Horizonte: Itatiaia, 1969.

que as crianças aprendem a lidar com a realidade, mas aos nove anos de idade, elas ainda sentem medo do escuro, de animais, criminosos, de altura e de ficarem sozinhas. O medo de ferimentos é um sentimento comum dos seis aos dez anos.

A criança, ao expressar seus medos, pode concretizar uma maneira de pedir ajuda. Sentir medo é parte de uma infância normal. É a expressão da necessidade de dependência da criança, ocorre em determinadas épocas de sua vida e está ligado às quatro dimensões do desenvolvimento da criança: a físico-motora, a cognitiva, a emocional e a social (KLATCHOIAN, 1993).

Schachter e McCauley (1990) classificaram os medos mais significativos de cada faixa etária da criança.

Medos típicos do primeiro ano de vida são os medos apresentados nos primeiros doze meses de vida, têm como base dois elementos: vulnerabilidade e biologia; medo da separação, de estranhos, quedas, sono, animais e visita ao médico. Estes medos fundamentam-se na necessidade que o bebê tem em estar próximo da mãe (ou pessoa que o cuida) e na aquisição de confiança básica no meio em que vive e nas pessoas com quem convive.

Medos típicos do segundo ano de vida: durante esse período, a criança pode passar a ser tomada pelo medo do escuro, ruídos altos como sirenes, aspiradores de pó ou lavadora de roupas. Também, pode apresentar medo de trovões, do banho, de treinamento para ir ao banheiro. Persiste ainda o medo de estranhos, podendo surgir medo de animais, do pediatra e do odontopediatra.

Medos típicos do terceiro ano de vida evoluem paralelamente ao desenvolvimento da criança em suas quatro dimensões do desenvolvimento. A criança está testando os seus poderes, usando a imaginação para brincar e usando o “não”. Persistem, ainda, os medos frente às mudanças, de animais, de separação, de estranhos, do uso do banheiro, sendo que a causa do medo pode mudar do dia para a noite. Outros medos comuns são aqueles ligados a novas situações, do escuro, barulhos amedrontadores e monstros da TV.

Nos medos típicos dos três aos seis anos de idade, a base é a

vulnerabilidade e a perda de controle. São comuns os medos de animais e monstros, de escuro, de sons, de se perder, de ter maus pensamentos, de ferimentos físicos, e da perda dos pais.

Medos típicos dos seis aos dez anos: nesta faixa etária, a base dos medos está em enfrentar novas situações, medo de rejeição e críticas. São comuns, também, os medos de ladrões, de ferimentos físicos, de chegar atrasado à escola, da adoção, da morte dos pais e da rejeição social.

Medos típicos dos onze aos doze anos de idade: a questão fundamental nesta faixa etária é: “será que vão gostar de mim?” Incluem-se, aí, os medos de não ser querido, de doenças, de dor física, de ser deixado sozinho, de assaltos, sendo que ainda pode persistir o medo de alguns animais como cobras e insetos.

Os medos podem ser adquiridos de forma objetiva ou subjetiva. Os medos objetivos podem apresentar caráter associativo, isto é, crianças conduzidas inadequadamente em hospitais, que são submetidas à dor intensa, por pessoas de uniformes brancos, podem desenvolver medo exacerbado por indivíduos com trajes similares. Por outro lado, os medos subjetivos são baseados em sensações e atitudes sugeridas à criança, sem que ela tenha experiência pessoal prévia.

Medos sugestivos podem ser adquiridos por imitação, principalmente, quando os pais, de forma inconsciente, expressam medo de determinada situação ou objeto diante de seus filhos, os quais podem desenvolver o mesmo sentimento. Os medos subjetivos existem na mente, portanto são mais difíceis de serem eliminados ou superados, pois não foram sentidos diretamente (FINN, 1973).

O medo subjetivo ocorre por sugestões; crianças que ouviram falar de experiências desagradáveis vividas por seus pais, parentes ou amigos, no consultório odontológico ou especialidades afins. Ela grava esta descrição e pode fantasiar, exagerando o quadro. Por exemplo, a mãe diz que foi ao dentista e que sofreu muito com o barulho do motor, que doeu ou sangrou durante o tratamento. A criança retém estas informações e quando tiver de ir ao dentista pode imaginar:

se minha mãe que é grande e me protege sofreu e tem medo, o que será que eu vou sofrer? Tais afirmações, que podem ser da mãe ou de qualquer outro membro da família ou do ciclo de amigos, têm efeito direto e desastroso. Como sabemos, tanto a criança como os adultos têm medo do desconhecido, principalmente quando o desconhecido é caracterizado e descrito como assustador e capaz de provocar dor (GUEDES-PINTO, 1997).

Segundo Rachman (1977 apud CASTRO, 2000), muitos medos têm origem nas experiências diretas dos indivíduos, enquanto outros podem surgir indiretamente, através de modelação (imitação) ou de informação negativa de terceiros.

De acordo com Gonçalves, Sagretti e Borges (1993), o medo está por toda parte, sob todas as formas. Todos sentem por algum motivo e é normal. É uma forma de defesa dos perigos da vida. O medo pode ser a percepção ou uma ameaça externa, mas, ao longo do tempo, ele passa a ser interiorizado, o que o transforma em ansiedade. O medo, na maior parte das vezes, diz respeito às fantasias e não a fatos concretos, há um medo comum, universal, que permanece imutável mesmo depois que a criança cresce e adquire experiência: é o medo da dor.

O medo é parte do desenvolvimento infantil. Em geral, é transitório, e não produz grandes perturbações na vida da criança. Embora a capacidade de vivenciar o medo seja uma função biológica inata, respostas de medo a certos objetos e situações são em grande parte adquiridos através da aprendizagem. Na verdade, as experiências com medos apropriados à idade ajudam a crianças a desenvolver habilidades de enfrentamento. No entanto, muitos medos infantis inicialmente normais podem persistir por longos períodos e produzir diversos problemas para a criança e sua família. Assim, podem acontecer em relação ao medo do tratamento odontológico ou podem ser transmitidos à criança por pessoas diretamente no meio familiar ou, mais indiretamente, através dos meios de comunicação (SINGH; MORAES; BOVI-AMBROSANO, 2000).

O medo do tratamento odontológico pode, ainda, estar associado às experiências traumáticas passadas, preocupações quanto à perda física e desfiguração, à observação da ansiedade demonstrada por outras pessoas, principalmente os pais, e a exposição a histórias de horror por amigos ou pelos meios de comunicação (ROCHA et al., 2002).

A mídia assume um papel fundamental na compreensão da produção de sentidos, seja porque é pervasiva no mundo contemporâneo e, portanto, instrumental na conformação da consciência moderna, seja porque confere uma visibilidade sem precedentes aos acontecimentos, aí incluindo as novas informações e descobertas (SPINK, 2004).

Para Grünspun (1985), o ambiente familiar é a principal fonte de temores e problemas de medo: a superproteção, a ansiedade, a rejeição, a preocupação e apreensão exageradas dos pais são atitudes que freqüentemente atuam como desencadeadores do medo. A experiência pessoal pregressa desagradável, informações de adultos ou de crianças maiores, educação por meio do medo, ameaças, advertências e tendência da criança a imitar os pais são os principais fatores geradores de medo.

Em um estudo bem controlado dos medos, Shoben e Borland (1954 apud GALE; AYER, 1969) descobriram que somente experiências odontológicas desagradáveis na família e atitudes familiares desfavoráveis em relação à odontologia diferenciavam significativamente entre pacientes temerosos e não temerosos.

Gale e Ayer (1969) acreditavam que pouca atenção sistemática era dada por profissionais de odontologia ao problema do medo do paciente. Indubitavelmente, a maioria dos pacientes é, de alguma maneira, apreensiva sobre o tratamento odontológico necessário. Para eles, o medo certamente supera qualquer desejo de manter uma saúde oral adequada. Para aqueles, com medo intenso, o mero pensamento do tratamento provoca extrema ansiedade.

Segundo César e Narvai (1999), o medo é, freqüentemente, referido como

motivo para não procurar assistência odontológica. Os pacientes falam muitas vezes em “pavor”, “horror” e “pânico” para relatar sensações associadas à necessidade de buscar esse tipo de serviço de saúde. Os profissionais dessa área reconhecem por outro lado que, por mais que tenha havido um grande desenvolvimento nas bases científicas e tecnológicas dos processos de trabalho odontológico, sobretudo na segunda metade do século XX, a experiência de submeter-se à ação de especialistas continua não sendo das mais agradáveis.

Não raro, sentimentos de aversão à possibilidade de dor e sofrimento impõem-se à razão, disso resultando a opção de não demandar a assistência necessária. É comum a expressão “medo do dentista”, como síntese desta situação.

As causas de não cooperação da criança para a realização do tratamento odontológico podem ser trazidas por ela ao consultório ou serem ali criadas no decorrer do próprio tratamento mal conduzido. O medo é apenas uma destas inúmeras causas (VONO et al., 1994).

As primeiras experiências odontológicas, ainda na infância, são de grande importância no plano psicológico. Quando associadas com sensação de dor, contribuem decisivamente para a formação do sentimento de medo e para as posteriores resistências aos procedimentos odontológicos. Associar as experiências traumatizantes com mensagens, vinculando-as à punição por comportamento inadequado, parece contribuir também para agravar o sentimento de medo.

Klingberg et al. (1995) estudaram a relação entre o medo odontológico e seus efeitos na clínica, com problemas de comportamento, condições de saúde bucal e a irregularidade nos cuidados odontológicos, além de avaliar os fatores etiológicos relacionados com o medo em pacientes odontopediátricos. Participaram deste estudo 2.257 crianças, separadas em dois grupos: um com crianças de 4 a 6 anos e outro, na faixa etária de 9 a 11 anos. As informações relacionadas ao medo odontológico infantil e questões adicionais, como os medos gerais e experiências odontológicas anteriores das crianças, foram obtidas

através de cartas enviadas para os domicílios dos participantes. Os dados referentes às condições de saúde bucal, problemas de comportamento e tipo de tratamento basearam-se nos registros das fichas clínicas. Os resultados mostraram que 9,5% das crianças apresentaram problemas de comportamento e destas, apenas 1/3 alcançou altos escores na Lista dos Medos Infantis (Sub-Escala Odontológica – CFSS-DS), indicando que nem sempre o medo odontológico relaciona-se aos problemas de comportamento. O comportamento negativo foi observado em crianças com hiperatividade, deficiência mental, com falta de imposição de limites pelos pais, com problemas devido ao período de desenvolvimento e também influenciados pelo tipo de tratamento e experiências anteriores de desconforto. A ansiedade odontológica materna, a idade e os medos gerais das crianças foram os principais fatores influenciadores do medo odontológico, o qual apresentou associação estatisticamente significativa com o índice dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) e o não comparecimento às consultas.

Segundo Champman e Kirby-Turner (1999), o medo odontológico pode resultar de experiências médico-odontológicas anteriores traumáticas, ser transmitido de forma indireta (através de familiares, amigos e televisão), e ainda devido às características individuais. O medo do desconhecido, da dor, da perda de controle, a falta de confiança no profissional e a sensação de invasão são os principais fatores implicadores no desenvolvimento do medo odontológico infantil.

Towend, Dimigen e Fung (2000) avaliaram os fatores etiológicos do medo em 70 crianças encaminhadas para tratamento odontológico, as quais foram separadas em dois grupos etários (7 a 10, e 11 a 14 anos de idade). Os instrumentos utilizados para mensuração da ansiedade odontológica infantil foram uma versão em desenho da Escala de Ansiedade Odontológica (DAS) e uma escala visual analógica preenchida por um dentista. Os indicadores das experiências odontológicas diretas das crianças foram o índice CPO-D (cariados, perdidos e obturados), o número de experiências traumáticas anteriores e a afinidade com o último dentista. O conhecimento sobre informações negativas relacionadas a tratamentos odontológicos, os medos gerais, a ansiedade

odontológica materna (através da DAS), os dados sócio-demográficos também foram analisados. Os resultados revelaram que as crianças não ansiosas, independente da idade ou gênero, passaram por menor número de experiências odontológicas negativas, sentiram maior empatia por seu dentista e apresentaram menor índice CPO-D, em comparação àquelas ansiosas. As mães das crianças com menor grau de ansiedade odontológica foram consideradas mais relaxadas e calmas, contrastando com as mães do outro grupo, cujo comportamento foi mais variado. Os resultados obtidos mostraram que as experiências diretas (índice CPO-D, experiência odontológica traumática e afinidade com o último profissional) associadas ao processo de modelação (ansiedade odontológica materna) constituíram as principais formas de aquisição do medo odontológico infantil, enquanto, por outro lado, as informações negativas de terceiros sobre tratamento odontológico não foram relevantes.

Embora os termos medo e ansiedade possuam significados distintos, freqüentemente, é impossível diferenciá-los com exatidão, por isso muitas vezes, são utilizados simultaneamente (KLATCHOIAN, 1993).

A ansiedade é um fenômeno humano difícil de definir. Desempenha um papel central na formação de sintomas físicos e psicológicos. Manifesta-se por um estado de inquietação que pode ir aumentando progressivamente e é, em geral, acompanhada de uma sensação de perigo iminente, que parece ameaçar a segurança do indivíduo, acompanhada por sentimentos de desassossego, tensão e medo.

Nas situações de ansiedade, a criança pode experimentar um sentimento de antecipação e expectativa de um perigo que poderá ocorrer a qualquer momento. A ansiedade é precedida pelo medo, é função deste e, à sua semelhança, é reação a alguma ameaça que se aprendeu (CORRÊA, 2002).

O medo e ansiedade são sentimentos desagradáveis, e que, de uma maneira muito geral, podem ser definidos como uma resposta antecipada interna a intuição de uma situação perigosa, ou um acontecimento desagradável; o medo é uma resposta a objetos e estímulos definidos, reais ou imaginários, ao contrário

da ansiedade que se caracteriza por ser um estado emocional mais difuso, com foco menos preciso (RADOS, 1989).

O termo ansiedade vem do latim *anxietas*, *anxietatis* e significa preocupar-se, desejar. A ansiedade é considerada uma reação importante, discutida no campo da filosofia e religião, mas somente com Freud, a partir de 1926, passou a ocupar posição de destaque entre as ciências do comportamento (ROSAMILHA[14], 1971 apud CASTRO, 2000; GRÜNSPUN, 1985).

Segundo Rosa e Ferreira (1997), a ansiedade é um fenômeno que pode ser caracterizado por sentimentos subjetivos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação que são experimentados por um indivíduo em um momento particular. Um dos atributos da ansiedade é seu caráter de resposta a alguma ameaça e, neste sentido, ela está intimamente relacionada ao medo, sendo que a diferença entre medo e ansiedade parece ser apenas de intensidade. Do ponto de vista prático não é importante diferenciar um sentimento do outro, além do que, mecanismos neurais comuns estão envolvidos na integração de ambos os estados emocionais.

Brandão, M. (1995), definiu ansiedade como um estado subjetivo de apreensão ou tensão, difuso ou vago, acompanhado por uma ou mais sensações físicas, por exemplo, aumento da pressão arterial, da freqüência cardíaca, da respiração, urgência de micção ou defecação, induzido pela expectativa de perigo, dor ou necessidade de esforço especial. A inquietação e o desejo de movimentar-se são também comuns.

A ansiedade é reconhecida como uma resposta habitual do ser humano ao seu meio, advertindo sobre perigos de dano físico, dor, impotência punição ou frustração de necessidades sociais ou corporais, de separação de pessoas que se gostam e de ameaças à integridade da pessoa. Desta forma, é considerada normal e necessária, pois estimula o organismo a tomar as medidas necessárias

---

[14] ROSAMILHA, N. *Psicologia da ansiedade infantil*. São Paulo: Pioneira, 1971.

para impedir a ameaça, ou tentar reduzir suas conseqüências (BRANDÃO, M., 1995).

A ansiedade é entendida como uma resposta a situação em que a fonte de ameaça ao indivíduo não está bem definida, é ambígua ou não objetivamente presente. Segundo Pessotti (1980 apud SINGH; MORAES; BOVI-AMBROSANO, 2000), a ansiedade implica na ocorrência de uma condição aversiva ou penosa, algum grau de incerteza ou dúvida e alguma forma de impotência do organismo em uma dada conjuntura.

A etiologia da ansiedade é complexa e multifatorial, convindo, neste ponto, acentuar que cada indivíduo tem sua história peculiar, vivida sob o ponto de vista socioeconômico-cultural próprio, sujeito a experiências odontológicas diferentes durante sua infância. Nessa realidade, os pesquisadores enfrentam grandes obstáculos para determinar a origem real da ansiedade e, para o dentista, é difícil controlar os diferentes fatores conducentes ao desenvolvimento desse estado de angústia em seus pacientes (TSUBOUCHI et al., 1990).

A ansiedade que acompanha o tratamento odontológico tem sido considerada um problema universal e tem despertado o interesse de muitos pesquisadores. Tsubouchi et al. (1990), avaliando a ansiedade odontológica entre adolescentes do Japão, Indonésia, Brasil e Argentina, verificaram que 77% deles eram, no mínimo, um pouco ansiosos. Orgura et al. (1991) pesquisaram a ansiedade odontológica em 137 estudantes de odontologia da Argentina e concluíram que 48% deles apresentavam altos níveis de ansiedade. Corkey e Freeman (1994) constataram uma prevalência de ansiedade odontológica de 15% em estudos com 60 crianças de seis anos de idade, em Belfast.

O termo ansiedade odontológica, conforme Wright et al. (1980 apud CASTRO, 2000), descreve tanto uma emoção subjetiva caracterizada por apreensão, preocupação ou medo, como o comportamento observável, por exemplo, de choro, luta ou fuga, quando o indivíduo é confrontado com a situação odontológica. Os autores consideram como fatores antecedentes da ansiedade odontológica, as experiências diretas de aprendizagem (experiências médicas

odontológicas), os efeitos da modelação (ansiedade materna), e o processamento mental destas experiências (maturação cognitiva, desenvolvimento e memória), e como variáveis de interferência, o gênero, influências do grupo, aspectos culturais e itens específicos ao tratamento odontológico.

Três fatores têm sido apontados como potencialmente capazes de desenvolver ansiedade diante do tratamento odontológico. Esses fatores são a experiência odontológica traumática, sofrida pelo paciente, como dor, atitudes agressivas do dentista; experiência traumática sofrida por pessoas próximas do paciente, tais como amigos, irmãos, pais; personalidade individual suscetível. Tanto a ansiedade quanto o medo estão relacionados com vários aspectos individuais da personalidade do paciente, como neuroses e falta de bem-estar psicossomático (KENT et al., 1989).

Apesar dos avanços tecnológicos da odontologia moderna, a ansiedade e o medo da dor ainda são comuns em crianças e adultos, constituindo-se em significantes barreiras para a atenção odontológica e interferindo nos cuidados regulares com a saúde bucal (LOEVY, 1981; KLEIMAN, 1982; GATCHEL et al., 1983; MELAMED et al., 1983; BERGGREN; MEYNRT, 1984; MILGROM; WEINSTEIN, 1993; apud CASTRO, 2000).

Juntamente com novas experiências de vida, quando a criança vai ao dentista, a incerteza sobre o que irá acontecer pode levar à ansiedade. Tais sentimentos podem ser ainda piores pelas atitudes de outras pessoas ao redor, com relação à odontologia: amigos, babás e especialmente os pais. Retratos negativos da odontologia na mídia também têm seu papel (FAYLE; TAHMASSEBI, 2003).

Sabe-se perfeitamente que as crianças, na grande maioria das vezes, mostram certo grau de ansiedade e tensão no início do tratamento odontológico. Este grau de ansiedade e tensão é tanto maior quanto piores forem as condições de pré-tratamento, ou seja, aquelas crianças que já passaram por experiências desagradáveis, as que receberam informações distorcidas a respeito do que é o tratamento, as com menos idade, aquelas que já passaram por tratamentos

médicos demorados e sofridos, além de outros tipos de tensão a que já foram submetidas (GUEDES-PINTO, 1997).

De acordo com Guzmán (1985), os pacientes podem aprender com outros, atitudes negativas sobre o tratamento odontológico. Familiares, amigos e companheiros de colégio podem transmitir a ansiedade, assim como filmes de bonecos; a televisão e os erros de manobras operatórias são válidos para desenvolver o medo do tratamento odontológico. Shoben e Borland (1954 apud RAMOS-JORGE et al., 2000) assinalam que um dos fatores mais importantes no desenvolvimento da ansiedade odontológica não é a situação real, mas sim a transmissão de uma a outra pessoa; isto implica que o paciente chegue ao consultório com a idéia preconcebida sobre o que poderia ser sua própria experiência.

Também vários autores têm questionado a respeito da importância das influências familiares no desenvolvimento da ansiedade do indivíduo (SHOBEN; BORLAND, 1954; KLORMAN et al., 1978; VENHAM; GAULIN-KRAMER, 1979; MILGROM et al., 1995; LOCKER et al., 1996; RAMOS-JORGE, 1999; apud RAMOS-JORGE et al., 2000).

Eli, Baht e Kleinhauz (1997) realizaram um estudo sobre a etiologia da ansiedade odontológica de 89 pessoas adultas que moravam em uma sociedade comunitária fechada em Israel (*kibbutz*). No *kibbutz*, todas as crianças eram educadas juntas, criando um grupo cultural e socioeconômico homogêneo. Todos os membros recebiam o mesmo tratamento médico e odontológico, sem possibilidade de escolha. Apenas um dentista prestava serviço à comunidade. Conseqüentemente, as pessoas de mesmo grupo de idade, vivendo no mesmo *kibbutz* desde o começo da infância, ficavam expostas ao mesmo dentista e a procedimentos odontológicos similares. Assim, os autores conseguiam controlar as variáveis ambientais que poderiam interferir no desenvolvimento da ansiedade. Esse estudo confirmou a associação entre ansiedade geral e susceptibilidade individual.

Corkey e Freeman (1994) pesquisaram os possíveis fatores etiológicos da

ansiedade odontológica em 60 crianças de seis anos de idade. Os fatores examinados incluíram desenvolvimento psicológico da criança, ansiedade materna, estado de saúde mental materno, nível socioeconômico, sexo e experiências odontológicas anteriores. Os resultados revelaram que o sexo, o nível socioeconômico e experiências anteriores desagradáveis não contribuíram para aumentar o nível de ansiedade das crianças. Entretanto, segundo relatos das mães a respeito das reações de seus filhos na última experiência odontológica, verificou-se que as crianças que apresentaram comportamento negativo na última consulta odontológica, comportavam-se mais negativamente na consulta odontológica posterior do que as crianças que apresentaram um bom comportamento na consulta odontológica anterior. A ansiedade materna e o estado de saúde mental da mãe estavam relacionados fortemente com a ansiedade da criança. Outro resultado importante foi que as crianças que apresentaram os níveis mais altos de ansiedade tinham retardamento no desenvolvimento psicológico. Crianças que, conforme relatos das mães, apresentavam problemas com alimentação, enurese noturna, distúrbios de sono, dificuldades de se separarem dos pais, rivalidade com irmãos, oscilação de humor e reações diárias de medo, eram mais ansiosas. Isto dá a entender que essas crianças não entraram no período de latência, embora, cronologicamente, já tivessem a mesma idade das crianças que não apresentaram os mesmos problemas e que já estavam no mesmo período etário. Esses resultados, enfim, mostram que existe uma complexa interação entre a mãe e a criança.

Locker et al. (1999) realizaram um estudo com o objetivo de identificar a idade de início da ansiedade odontológica e relacionar esse dado com os fatores etiológicos envolvidos, tais como experiências odontológicas negativas, história familiar de ansiedade odontológica e estado psicológico geral. A coleta de dados foi realizada através de duas cartas enviadas pelo correio a uma amostra de população adulta. Dos 1.420 indivíduos que responderam aos questionários, 16,4% tinham ansiedade odontológica; desses 16,4%, 50,9% relataram início da ansiedade na infância, 22% relataram início na adolescência e 27,1% relataram que sua ansiedade se iniciara durante o tratamento odontológico, na idade adulta. O início da ansiedade odontológica, ocorrida na infância, foi relacionado com a

história familiar e experiências odontológicas traumáticas em geral. Indivíduos com início de ansiedade odontológica na adolescência foram caracterizados como portadores de traços de ansiedade geral e as pessoas com início de ansiedade odontológica na idade adulta eram portadoras de ansiedades múltiplas e graves, com sintomas que indicavam problemas psiquiátricos. Esses resultados evidenciaram que a ansiedade odontológica da criança está mais sujeita a estímulos exógenos tais como: ambiente familiar, atitudes do profissional, ansiedade materna e experiências odontológicas traumáticas. A partir da adolescência, esses fatores passam a não ter tanta importância no desenvolvimento da ansiedade odontológica e os distúrbios psicológicos individuais ocupam uma relevância maior.

Após a idade de seis anos, quando a criança entra no período de latência, os fatores ambientais passam a ter menos importância sobre as atitudes da a criança em relação ao tratamento odontológico. Entretanto, o desenvolvimento psicológico e fatores gerais de ansiedade individual ganham cada vez mais relevância até a idade adulta (LOCKER et al., 1999).

O medo ou a ansiedade ocorre também em situações de conflito, em que um mesmo comportamento é simultaneamente recompensado e punido, ou em situações novas ou desconhecidas, inibindo o comportamento exploratório, motivado pela curiosidade. A ansiedade acompanha também a dor, agravando o sofrimento psicológico determinado por ela (GREFF, 1989 apud ROCHA et al., 2002).

De acordo com Rosa e Ferreira (1997), existe carência de informações a respeito da ansiedade odontológica na população brasileira. Assim, os autores realizaram um estudo com o objetivo de obter, por meio de questionários aplicados a uma amostra populacional, informações sobre o nível de ansiedade odontológica, a prevalência de indivíduos altamente ansiosos e as diferenças de comportamento entre indivíduos ansiosos e não ansiosos frente ao tratamento odontológico.

Foram entrevistados 592 indivíduos em seus domicílios, escolhidos

aleatoriamente. Esses indivíduos responderam a um questionário formado por uma página de questões com informações sobre a idade, sexo, renda familiar e nível de escolaridade, pela Escala de Ansiedade Odontológica (DAS) e por uma página com questões avaliando o comportamento dos indivíduos frente ao tratamento odontológico, tais como a época do último tratamento odontológico, a freqüência com que evitam o tratamento e com que faltam às consultas, por causa do medo.

A DAS é uma escala de quatro itens, com cinco alternativas para cada um deles, desenvolvida especificamente para medir a ansiedade odontológica, com escores variando de 4 a 20. Essa escala mede o estado de ansiedade odontológica, isto é, o nível de ansiedade que o indivíduo apresenta naquele momento. Indivíduos com escores iguais ou maiores do que 15 são considerados como altamente ansiosos frente aos tratamentos odontológicos.

Com relação ao comportamento frente ao tratamento odontológico, as respostas dos indivíduos altamente ansiosos foram comparadas com as respostas dos indivíduos não ansiosos, utilizando o teste do qui-quadrado e considerando diferenças estatisticamente significantes. Dos 592 indivíduos entrevistados, 359 eram mulheres e 233 eram homens.

Afim de avaliar o nível de ansiedade odontológica, foram calculados as médias e o erro padrão da média da DAS, que para a amostra total foi 10,6 + ou – 0,17, e que para as amostras feminina e masculina foram, respectivamente, 10,8 e 10,1. Da amostra total, 89 indivíduos assinalaram na DAS escores iguais ou maiores do que 15, indicando uma prevalência de 15% de indivíduos altamente ansiosos. Quando comparada à distribuição de freqüência dos indivíduos não ansiosos e ansiosos, de acordo com a renda familiar mensal (em salários mínimos), pôde ser observado não existir diferença nessa distribuição nas diversas faixas de renda consideradas. O mesmo ocorrendo quando comparadas as distribuições de freqüência dos indivíduos ansiosos e não ansiosos, com relação ao nível de escolaridade.

Com relação ao comportamento frente ao tratamento odontológico, houve diferenças entre os indivíduos não ansiosos e ansiosos. Assim sendo, pôde ser observado que a maior percentagem dos indivíduos ansiosos, 43,82% e 31,46%, respectivamente, relataram intervalos de tempo maiores desde o último tratamento odontológico. Também, maior percentagem de indivíduos ansiosos, 52,80% e 29,32%, respectivamente, relataram evitar o tratamento odontológico, as vezes e freqüentemente, por causa do medo. E ainda, maior percentagem de indivíduos ansiosos, 44,44% e 30,87%, respectivamente, relataram faltar às vezes e freqüentemente quando tem consultas marcadas.

A ausência de relação entre ansiedade odontológica e nível de escolaridade ou renda familiar e o comportamento dos indivíduos ansiosos em evitar o tratamento odontológico foram relatados para amostras das populações americana, inglesa, sueca, japonesa e holandesa. No entanto, estudo realizado na Holanda mostrou que um menor nível educacional estava associado com mais ansiedade, enquanto outro estudo, realizado nos Estados Unidos, mostrou que não havia diferença entre indivíduos não ansiosos e ansiosos na freqüência com que eles procuraram atendimento odontológico. Nesses dois estudos foram utilizadas amostras populacionais selecionadas, enquanto Schuurs et al. (1985) selecionaram indivíduos na faixa de 30 a 40 anos de idade, Scott et al. (1984) selecionaram estudantes universitários; conseqüentemente, os resultados desses estudos podem não ser representativos do que ocorre na população. Assim, parece que a ocorrência de ansiedade odontológica independe de aspectos socioeconômicos e o comportamento de evitar o tratamento odontológico, representam características universais dos indivíduos ansiosos.

A ansiedade é vivenciada como um estado de profundo desconforto. Numerosos estudos têm estabelecido uma relação bastante acentuada entre a possibilidade da dor e o tratamento odontológico, provocando fatores psicológicos que, de forma geral, induzem a quadros clínicos de ansiedade e medo nos pacientes (MILGROM; WEINSTEIN, 1993).

Na prática, ansiedade, angústia e medo são geralmente experimentados juntos, sendo difícil presenciar onde cada um começa. Contudo, essas

experiências subjetivas estão presentes na vida de todos e são necessárias a ela, impelem o sujeito a agir e estimula-o, logo, não são patológicas em si mesmo (FONTOURA, 1997).

A ansiedade e o medo odontológico podem ser caracterizados como reações a objetos ou a procedimentos específicos dentro do consultório odontológico. Tem-se aqui, também, que se considerar as condições do paciente ao se marcar uma consulta, atitude dos parentes diante da mesma, experiências prévias do paciente no ambiente familiar e as concepções socioculturais que influenciam a percepção do paciente quanto ao significado da consulta odontológica. Conquanto semelhantes a outros tipos de ansiedade e medo em relação a seus sinais e sintomas, a ansiedade e o medo odontológico são mais específicos, pois suas respostas estão diretamente relacionadas a fatores também específicos da situação de tratamento (KLATCHOIAN, 1993).

3.1 DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO INFANTIL

> O importante e bonito no mundo é isso: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas; mas elas estão sempre mudando. Afinam e desafinam.
>
> *Guimarães Rosa*

Muitas situações difíceis estão ligadas ao processo de desenvolvimento. Quando uma criança, por exemplo, aventura-se a mergulhar na experiência da vida, encontra pela frente possibilidades agradáveis, mas, também, enfrenta impulsos e exigências contraditórias. Alguns destes lhes são impostos, outros surgem como resultado de sua luta para a maturidade. Uma pessoa que cresce não pode atingir o desenvolvimento total sem enfrentar dificuldades e, em algum ponto do caminho para a maturidade, está fadada a ferir-se. Há mesmo em sua natureza, algumas potencialidades que ela só pode despertar depois de muita luta.

Um estudo do crescimento precisa considerar, tanto o indivíduo como a sociedade em que ele vive. É na relação interpessoal que a criança encontra os elementos indispensáveis à realização de si mesma (CORRÊA, 2002).

O desenvolvimento caracteriza-se principalmente por mudanças que ocorrem na criança quando, gradualmente, suas capacidades físicas e mentais vão aumentando, isto é, mudando em complexidade e função (KLATCHOIAN, 1992).

Desenvolvimento e crescimento não são a mesma coisa, embora estejam inter-relacionados e, muitas vezes, um termo seja usado em lugar do outro. Segundo Myers (1990, p. 33),

> [...] o desenvolvimento da criança é um processo de mudanças em que a criança aprende a lidar com níveis mais complexos de movimentos, pensamentos, sentimentos e de relacionamentos com os outros.

A Psicologia do Desenvolvimento estuda os processos de desenvolvimento humano, que segue padrões universais, embora existam diferenças individuais, hereditárias, as quais sofrem influências ambientais e situacionais (KLATCHOIAN, 1992).

De acordo com Giglio, Guedes-Pinto e Duarte (1997), é possível ressaltar dois conceitos importantes no desenvolvimento psicológico: maturidade e aprendizagem. O conceito da maturidade está relacionado às habilidades inatas, ou seja, à hereditariedade; já o conceito de aprendizagem, envolve a habilidade de absorver o meio ambiente e de interagir com ele. No entanto, sabe-se que no cotidiano tanto a maturidade como a aprendizagem, estão inter-relacionadas, que quase não se distinguem. Entretanto, as diversas teorias de desenvolvimento psicológico dão ênfase a diferentes aspectos desses atributos. Alguns autores afirmam que o meio ambiente exerce pouca influência sobre o desenvolvimento humano. Já Piaget contradiz esta teoria, considerando que o ser humano obtém sucesso quando interagem duas tendências: a de se adaptar ao meio ambiente e a de organizar experiência e conhecimento. As teorias psicanalíticas, segundo Freud e Winnicott, ressaltam a inter-relação do meio ambiente e a sociedade no

desenvolvimento emocional do indivíduo. No entanto, sendo a hereditariedade ou o meio ambiente mais enfatizado, o desenvolvimento da criança é visto sempre como um todo. No modelo de Erikson, o desenvolvimento emocional da personalidade atravessa algumas fases consecutivas, nas quais cada uma desenvolve as características fundamentais da personalidade; deste modo, cada fase constitui uma crise que se desenvolve positivamente, cria-se uma base para a continuação, quando ocorre uma solução negativa, pode resultar em problemas para a continuidade. Assim, o ajuste fundamental deverá ser satisfatório ou equilibrado do indivíduo ao seu "eu" e ao meio ambiente. Nenhuma fase poderá ser omitida sem solução favorável, pois, do contrário, poderá ocorrer interrupção do desenvolvimento da criança, que pode regredir à fase anterior ou passar rapidamente para a próxima, acompanhada por problemas não resolvidos. Um outro conceito é o da fenomenologia, porque se refere ao ato de relação. A psique é definida como ato de relação do ser com o mundo, portanto, não é órgão, nem estrutura, é ato.

Considerando que, com o nascimento, o ser possui certas condições tais como sexo definido, sua constituição genética, seu lugar na família, o grupo cultural a que pertence e a economia é que determinam certo modo de vida. Desta forma, certas condições físicas e sociais podem antever quais experiências poderão ser vividas pelo ser que nasce e o mundo que o cerca.

Na relação da criança com o seu meio, ela nasce com direitos e necessidades que, ao longo do seu desenvolvimento, devem ser satisfeitos pelo ambiente e também propõe a ela tarefas diferentes a cada etapa, cujo cumprimento é condição para um desenvolvimento bem-sucedido.

Sabe-se que o conhecimento de processos psicossomáticos, e a visão correta do desenvolvimento humano permitem ao profissional um diagnóstico mais preciso e um tratamento eficiente, sendo isto, na verdade, condição para a obtenção de um resultado favorável, principalmente para aquele que lida com crianças que por vezes tornam-se imprevisíveis, com recusas freqüentes ao tratamento.

Durante a infância, a boca é o órgão mais importante do corpo, pois por meio dela a criança obtém o ar e seu alimento, enquanto faz contato com o meio ambiente que a cerca. Durante essa primeira interação, o ambiente (a mãe) é o doador enquanto a criança é o receptor. A criança explora o corpo e os arredores através da boca, pele e de ritmos, enquanto os pais transmitem um conceito de corpo e seus arredores, assim com sensação de segurança básica e satisfação (GIGLIO; GUEDES-PINTO; DUARTE, 1997).

Giordano et al. (2000) afirmam que a personalidade da criança é influenciada por sua constelação familiar e suas experiências anteriormente vividas em outras fases da vida, principalmente na fase oral, que podem modificar suas reações frente à Odontopediatria. A Psicologia ressalta a importância fundamental da oralidade, destacando a boca como o primeiro órgão de contato com o mundo.

Para melhor compreendermos as reações emocionais do paciente no tratamento oral, é importante sabermos o significado psicológico que a zona oral tem para o homem, desde o nascimento.

A boca é o lugar psicológico das primeiras necessidades fisiológicas do bebê e de suas primeiras gratificações emocionais, sendo a sucção a atividade mais gratificante e absorvente nos primeiros meses de vida. Através dela, o bebê se alimenta e sente pela primeira vez o gosto do mundo externo (GIORDANO et al., 2000).

Duarte e Guedes-Pinto (1990) dizem que a boca é uma das partes do corpo onde reside uma alta capacidade de respostas psicológicas. Assim, qualquer fator que ameace sua integridade pode se tornar a maior ameaça para o indivíduo como um todo.

Sandrini (1991 apud SANDRINI; BONACIN; CHRISTÓFORO, 1998) concluiu em seu trabalho que todo o odontopediatra deve ter em mente que sua tarefa não será muito fácil. Isto porque, de acordo com os princípios aceitos, o exercício da odontopediatria não pode e não deve limitar-se à prevenção e

solução dos problemas buco-dentais, pois supõe também um importante papel nos setores psicológico e educacional, possibilitando a ampliação dos benefícios do atendimento, pois além de facilitar a execução de uma odontologia de alto padrão, permite evitar o estabelecimento de possíveis traumas psicológicos.

O odontopediatra trata com algo mais do que meros dentes e sua reparação realiza um intercâmbio ativo com um ser humano imaturo e em desenvolvimento.

Entende-se por desenvolvimento, segundo Garrison (1979 apud TOLEDO, 1996, p. 67), "[…] o fluxo rítmico de transformação quantitativa e qualitativa que prossegue em direção específica e em seqüência previsível".

O desenvolvimento psicológico é, segundo Osterrieth (1979 apud TOLEDO, 1996, p. 67), "[…] determinado pela seqüência constituída pelo crescimento físico e mais particularmente nervoso, e pela sucessão das exigências que a sociedade impõe ao indivíduo e das oportunidades que lhe oferece". Os padrões típicos de comportamento em diferentes níveis de idade dependem, pois, do desenvolvimento somático e das influências do meio ambiente.

Um dos conceitos mais aceitos, atualmente é aquele que salienta que o desenvolvimento é contínuo, que se inicia no nascimento e só termina com a morte, identificando-se fases, etapas diferentes não só ao longo dos primeiros anos mas também da juventude até o fim da vida (GIGLIO; GUEDES-PINTO; DUARTE; 1997).

De um a três anos de idade é a fase em que a criança começa a se movimentar no espaço físico e a desenvolver a linguagem, embora ainda predomine atividade motora. A criança aqui não consegue discernir o pensamento da atividade, ela age antes de pensar.

De três a seis anos é a idade em que a criança apresenta uma série de transtornos como os temores noturnos e pesadelos. A partir dos quatro anos a criança descobre outras crianças e começa a se socializar. A imaginação dessa

criança é bastante fértil. Basicamente, é uma criança imaginadora, criativa e feliz (SANDRINI, 1995).

De três a cinco anos é denominada a fase fálica. Neste período, há também interesse por genitais e sexualidade e o sexo torna-se central. As crianças começam a perceber as diferenças de aparência entre meninos e meninas e a questioná-las. Os pais transmitem idéia de masculinidade e feminilidade, de aprovação e apreciação da criança como pessoa, claro que, a partir daí, ela também percebe que não pode ser criança eternamente, que pode ser doloroso e ao mesmo tempo excitante. Assim, ela buscará uma identificação com as pessoas próximas para imitá-las; em geral, as pessoas são os pais ou cuidadores. Ao mesmo tempo, passará pelo período em que se apaixonará pelos adultos do sexo oposto, especialmente o pai ou a mãe. Desta forma, promovem certa rivalidade entre os pais; esse fato normalmente é denominado “complexo de Édipo”. Na tentativa de obter estímulo e identificação, a criança passa a ter os valores morais e o estilo de vida de cada um dos pais. O desvio desse comportamento pode gerar sentimentos de culpa. O desejo de explorar a curiosidade e o fazer regras, são típicos dessa idade. Entretanto, a criança precisa de limites bem definidos e orientação. É preciso também que os pais prestem atenção, pois excessos de preocupações e proibições, ou mesmo, chamadas de atenção com sentimentos de culpa, podem transformar curiosidade e atividade em passividade. A interação positiva propicia desenvolvimento dos sentimentos básicos de identidade e da iniciativa (GIGLIO; GUEDES-PINTO; DUARTE, 1997).

A criança, nessa fase, pode sentar para tratamento e concentrar-se por até meia hora. O elogio quanto à aparência é importante e as correções deverão ter conotação positiva; agora ela é capaz de usar a imaginação e entender metáforas (GIGLIO; GUEDES-PINTO; DUARTE, 1997).

Merece ser mencionado nesse período a capacidade da criança de “fantasiar”, isto é, combinar suas recordações e criar com elas, novos estímulos para continuar estabelecendo relações ou conexões associativas. A criança

confunde o mundo real com o mundo imaginário, estruturando ambos com o mesmo pensamento, o chamado “pensamento mágico”.

Aos quatro anos, a criança mostra-se mais comunicativa e conversadora e, como o negativismo começa a declinar, está mais interessada na sociabilidade do que na resistência. Os constantes “comos e porquês” obedecem não só a uma função intelectual de informação (conhecer) mas também a uma função afetiva (manter a atenção sobre ela). Entre cinco e seis anos de idade a criança passa pelo chamado período de crítica. Sua capacidade de dedução não é muito grande, mas com alcance suficiente e critério próprio para julgar as situações e a sinceridade ou falsidade nas atitudes das pessoas. No que se refere ao medo, Finn (1973) ressalta que dos quatro aos seis anos há um declínio gradual dos primeiros medos (desconhecido e inesperado) devido à compreensão crescente de que não há por que temer, à pressão social para que procure esconder seus temores, à orientação dos adultos e à capacidade de valorizar as situações atemorizantes por experiência própria, bem como para discernir a gravidade do perigo.

Entre seis e oito anos o desenvolvimento social e o intelectual são os dois aspectos principais da evolução da personalidade da criança. Há uma ruptura do quadro familiar e da mentalidade infantil primitiva, e ela começa a gostar das pessoas de forma mais objetiva, ou seja, aumenta o círculo de amizades e desenvolve um certo sentido de dever, aceitando normas e obrigações sociais. Em conseqüência, amplia sua capacidade de raciocínio e compreensão, tornando-se mais fácil obter sua adaptação ao tratamento odontológico (TOLEDO, 1996).

De nove a doze anos, a criança tem vontade própria, sendo pacientes compreensivos e obedientes, embora sempre portadores de ansiedade e medo que procuram esconder tentando fazer o papel de adulto. Brunner et al. (1981 apud SANDRINI, 1995) colocam que o meio ambiente da criança é a totalidade dos estímulos externos e na situação dental, é representado pelos pais, que dão origem à maior parte de tais estímulos.

De acordo com Chambers (1970 apud RAMOS-JORGE et al, 2000), o odontopediatra deve ter em mente que os níveis de ajuste, o auto-controle, a auto-estima, e a auto-confiança dependem das idades cronológica e psicológica. Além disso, o dentista deve estar atento à estabilidade do ambiente familiar e à relação entre pais e filhos, porque são fatores importantes no desenvolvimento psicológico infantil.

De acordo com Toledo (1996), no estudo das relações sociais, deve-se valorizar em primeiro lugar o relacionamento da criança no ambiente familiar. O meio exerce uma grande influência sobre a criança e, dentro dessa influência do meio, as interinfluências da personalidade do círculo familiar. Mira e Lopez (1957 apud TOLEDO, 1996) define a "constelação familiar" como "conjunto de relações afetivas que se estabelece entre a criança e seus familiares (e entre estes e aquela) na vida do lar".

Dentro dessas relações, atitudes inadequadas dos pais poderão facultar o aparecimento de características típicas de comportamento problemático, com reflexos marcantes na clínica odontológica. Assim, baseado em conceitos emitidos por Grünspun (1966 apud TOLEDO, 1996), enumeram-se algumas dessas atitudes:

a) superproteção com superindulgência identifica o exagero dos pais quanto à noção de liberdade, a criança é comumente chamada de mimada. Comporta-se como dominadora, voluntariosa, caprichosa, egoísta, indisciplinada. Quando contrariada apresenta explosões temperamentais como birra. Em geral, é apresentada pelos pais como criança nervosa. Resiste ao tratamento odontológico, reagindo com agressividade ou com muito choro, manhas e dengos, com o intuito de dominar o profissional;

b) em casos de superproteção com dominação, a liberdade da criança é completamente cerceada. Os pais limitam sua convivência com outras crianças, mantêm um contato excessivo com ela e falam, agem e brigam em seu lugar. Esta atitude é freqüentemente acompanhada de

ansiedade. A característica mais comum do comportamento em conseqüência dessa atitude é timidez. Quando contrariada e com medo, a criança, chora baixinho e entre soluços;

c) ansiedade caracteriza-se por preocupação excessiva e constante pelo bem estar físico da criança. Os pais atribuem gravidade a qualquer leve sinal de mal-estar que a criança denuncie. As características do comportamento da criança submetida à ansiedade são as mesmas da criança submetida à superproteção com dominação, podendo apresentar também comportamento de fobia;

d) rejeição é a incapacidade de dar amor, atenção e carinho à criança. Os pais afastam-se totalmente de seu convívio ou tratam-na com hostilidade, maltratando-a com pancadas e palavras ofensivas. Em conseqüência, a criança poderá mostrar-se agressiva ou submissa;

e) na situação de abandono, os pais gostam da criança, mas mostram-se indiferentes em relação ao atendimento de suas necessidades, tendo muito pouco contato com ela. Como na rejeição, é a criança que frente ao tratamento odontológico comporta-se de maneira agressiva ou submissa;

f) superautoridade são casos de pais que não toleram negativas, oposições e fracassos. Tal atitude gera uma criança ultradisciplinada, que se comporta como obediente e educada, é uma criança frustrada e angustiada. Ao tratamento odontológico, submete-se passivamente, com medo de ser criticada por mau comportamento, mas não se sente à vontade.

Ao estabelecer uma relação entre a idade da criança e o comportamento no ambiente odontológico, Green et al. (1977 apud RAMOS-JORGE et al., 2000) avaliaram o comportamento de crianças com idades entre dois e seis anos durante a primeira experiência odontológica e verificaram que as crianças de

quatro e cinco anos foram significantemente mais cooperativas do que as crianças de dois e três anos de idade.

Taylor et al. (1983), estudando os efeitos da idade sobre o comportamento de 43 crianças pré-escolares, constataram que crianças de três anos de idade recusam o tratamento entre três e quatro vezes mais do que crianças de quatro a cinco anos.

Crianças mais novas – um a quatro anos –, quando ansiosas, podem manifestar a sua ansiedade antes mesmo de entrar no consultório, na forma de choro, birra ou agarramento ao colo da mãe. A partir dos quatro anos de idade, a criança adquire uma maturidade cognitiva que permite um maior controle sobre os seus sentimentos (MAHLER et al., 1977 apud RAMOS-JORGE et al., 2000).

O desenvolvimento psicológico altera também a resposta a estímulos dolorosos que ocorrem no início da infância. Em geral, o limiar da dor tende a declinar e o autocontrole da dor torna-se mais eficiente a partir dos quatro anos de idade (WILSON, 1996).

Klingberg et al. (1995) relataram que, das 3.204 crianças suecas de quatro a seis anos e de nove a onze anos de idade, 6,5% estavam altamente ansiosas no momento da consulta odontológica. Destas, 60% apresentaram comportamento negativo e 40% apresentaram comportamento positivo. Os autores concluíram que, nessa idade, muitas crianças já possuem maior auto-domínio e conseguem superar a ansiedade e cooperar com o profissional durante a consulta.

Nessa época, a criança demonstra sua ansiedade queixando-se de dor de barriga, querendo ir freqüentemente ao banheiro e perguntando se a consulta está terminando. Entretanto, algumas crianças conseguem reprimir seus sentimentos a ponto de aparentar uma certa tranqüilidade, especialmente aquelas que possuem maior capacidade cognitiva (PINKHAM, 1996).

Há uma unanimidade entre os autores quanto ao entendimento de que quanto mais nova é a criança, maior será a possibilidade de encontrar

comportamento não-cooperativo no consultório odontológico. Esse quadro vai-se alterando à medida que a criança cresce, e, nesse processo de crescimento, a criança passa, comumente, a aceitar melhor o tratamento, sobretudo se tiver tido a oportunidade de familiarizar-se com os elementos do consultório e de desenvolver contatos positivos com o dentista. Após os quatro anos de idade, a criança passa a ter uma atitude mais positiva e, na faixa etária de cinco a seis anos, praticamente não se encontram mais comportamentos problemáticos (PINKHAM, 1996).

Buscando avaliar a relação entre a ansiedade e o comportamento de crianças durante um exame clínico bucal, Ramos-Jorge et al. (2000) pesquisaram 19 crianças de 42 a 71 meses de idade, alunas de uma escola de periferia de Belo Horizonte-MG. Antes do exame clínico, foi aplicado o teste *Venham Picture Test* (VPT) para mensurar a ansiedade das crianças. Em seguida, elas foram examinadas enquanto seu comportamento era avaliado por meio da Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL. O exame foi realizado na escola e a técnica escolhida para atendimento foi a joelho-joelho, onde a criança deita sobre um leito formado pelo encostar dos joelhos, frente a frente (dentista-professora). Os resultados mostraram que 68,4% das crianças tinham baixo nível de ansiedade. Destas, 53,8% mostraram bom comportamento (++). Todas as crianças que portavam um nível médio de ansiedade (10,5%) apresentaram um comportamento cooperativo (+), mas não se sentiram à vontade com o dentista. A alta ansiedade estava presente em 21,1% das crianças. Destas, 75%, apesar de cooperarem com o exame, mostraram sinais claros de nervosismo (-). Nenhuma criança mostrou comportamento extremamente negativo (--). Assim, os autores concluíram que existe uma relação entre a ansiedade e o comportamento da criança durante o atendimento odontológico. Entretanto, algumas crianças que estavam com um alto nível de ansiedade foram capazes de superá-la e demonstrar um comportamento cooperativo durante o exame.

Ter um método de prever esse comportamento negativo de uma criança durante a sua primeira experiência odontológica seria de imenso valor para o dentista e equipe. Essa informação permitiria ao profissional antecipar as

necessidades do paciente, promover um melhor atendimento e concluir o tratamento com maior eficiência (UDIN, 1988).

O termo comportamento não deve ser entendido como manifestação apenas exterior e material, mas como o conjunto de ações fisiológicas, mentais, verbais e motoras pelas quais o indivíduo, as voltas com um ambiente, procura resolver as tensões que o motivam a realizar suas possibilidades (LAGACHE, 1961 apud TOLEDO, 1996).

A adaptação comportamental é muito mais uma arte de que uma ciência. Não é uma aplicação de técnicas individuais criadas para lidar com crianças, mas uma metodologia de compreensão baseada no relacionamento entre paciente e profissional, trazendo como resultado confiança que acalma o medo e a ansiedade (MUSSELMAN, 1991). Para Wright (1975), a adaptação comportamental é o meio de desenvolver, com eficácia e eficiência, o tratamento da criança enquanto se estabelece uma atitude odontológica positiva.

Apesar de ser fácil compreender a importância do poder de controlar adequadamente o comportamento da criança na situação odontológica, atualmente não existe uma metodologia que seja aceita de maneira universal e que, ao mesmo tempo, seja capaz de organizar o modo básico de agir em todas as circunstâncias (MUSSELMAN, 1991).

Para qualquer tipo de criança a ser atendida, o profissional deve observar não apenas a idade cronológica, mas principalmente o nível de desenvolvimento mental e emocional, a fim de reconhecer as suas necessidades psicológicas básicas e seus interesses. Dessa forma, pode capacitar-se para interpretar corretamente as reações infantis e ter noção dos fatos capazes de desencadeá-las, bem como dos meios mais adequados para motivar o paciente, conquistar sua confiança e transmitir-lhe segurança (TOLEDO, 1996).

De acordo com Wrigth (1975), existem três categorias de comportamento com grande aplicabilidade clínica: o comportamento cooperativo, a falta de capacidade cooperativa e o comportamento potencialmente não cooperativo.

O comportamento cooperativo está presente na maioria das crianças que se apresenta nos consultórios odontológicos. São crianças que conversam com o dentista, expressam curiosidade, compreendem os procedimentos a serem realizados e seguem as instruções propostas no andamento da consulta.

A cooperação da criança dependerá, seguramente, de quão bem ela esteja preparada para os procedimentos clínicos que se seguirão. Porém, mesmo as crianças mais cooperativas poderão mudar de comportamento, se os acontecimentos da consulta odontológica não forem explicados numa linguagem que ela possa entender ou se o dentista não tiver uma atitude de respeito para com seus sentimentos.

A falta de capacidade cooperativa é encontrada no grupo de pacientes que apresenta dificuldades em estabelecer uma boa comunicação com o dentista e/ou em compreender a natureza ou o porquê dos procedimentos a serem realizados. Incluem-se neste grupo as crianças de pouca idade (abaixo de três anos) e aquelas com deficiências físicas ou mentais, que limitam severamente sua capacidade de compreensão e comunicação.

Comportamento potencialmente não cooperativo é característica daquelas crianças de três anos de idade até o fim da adolescência, que impõem problemas para a realização e conclusão dos procedimentos odontológicos. Nesta categoria de comportamento incluem-se outros comportamentos mais específicos e de difícil abordagem. São eles: comportamento tímido ou envergonhado; comportamento de cooperação tensa; comportamento incontrolado; comportamento rebelde ou teimoso; comportamento de choro contínuo e comportamento estóico.

O comportamento tímido ou envergonhado é expresso freqüentemente por crianças mais novas (3 a 4 anos), particularmente na primeira consulta. Muitas vezes, é resultante de ansiedade da criança quanto ao exercício odontológico e de como se espera que ela aja no consultório. Em muitos casos, a ansiedade da criança faz com que ela não preste atenção ao dentista.

Comportamento de cooperação tensa é aquele em que a criança, em alguns casos, quer cooperar, porém, está obviamente assustada, quer seja por estar frente a uma nova situação, novo ambiente, novo adulto (dentista), quer seja por ter recebido, através de outras pessoas, informações pouco animadoras a respeito de dentistas. Geralmente, esta criança aceita o tratamento, podendo, porém, chorar nos momentos de maior ansiedade.

O comportamento incontrolado é aquele onde existe forte choradeira, crises de birra, chutes ou acessos de raiva. A causa é o medo excessivo, seja devido a experiências traumáticas anteriores, seja devido a informações recebidas de familiares ou amigos, muito negativas e assustadoras a respeito da odontologia. Deve-se levar em consideração a história prévia desta criança e saber o que a levou a reagir desta maneira. Estas manifestações são dados valiosos para o dentista fazer o diagnóstico do medo odontológico ou do estado interno desta criança.

Comportamento rebelde ou teimoso manifesta-se, geralmente próximo à adolescência, como uma forma de protesto da criança contra o controle que os adultos exercem sobre a sua pessoa. Muitas vezes, a criança cerra os dentes ou dá respostas como: “eu não quero tratar meus dentes” ou “eu não quero abrir a boca”. Este é um comportamento normal ou comum na adolescência, quando os primeiros sinais de não conformismo ou de independência são evidenciados. Nesta fase, muitas mudanças estão ocorrendo em nível físico e emocional.

Comportamento de choro contínuo é aquele em que a criança permite o tratamento, porém fica chorando durante todo o processo. Elsbach (1963) caracteriza esta choradeira como um choro compensatório que a criança produz para dar vazão à sua ansiedade durante o tratamento. Em alguns casos, a criança chora até dormir. Em outros casos, ela chora durante todo o tratamento, mas, ao levantar-se da cadeira, já está restabelecida e até sai sorrindo do consultório.

Comportamento estóico, à primeira vista, é aquele de uma criança que se pode considerar como cooperativa. Ela tem uma atitude de extrema passividade e

aceitação do tratamento, não protesta nem reage, mesmo em momentos de dor e ansiedade. Não dá o menor sinal de desconforto durante os procedimentos, pode apresentar ar triste, olhar parado e ser taciturna.

O comportamento de uma criança pode revelar se ela está sentindo medo ou não, pois enquanto permanecer o temor, não ocorre adaptação ao ambiente odontológico, por isso é fundamental afastar o medo (VONO et al., 1982 apud CASTRO, 2000).

O nível de comportamento no consultório odontológico pode ser registrado através de escalas, destacando-se a Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL (FRANKL; SHIERE; FOGELS, 1962). Segundo Winer (1982), esta escala pode mostrar um quadro do comportamento das crianças em momentos específicos ou uma avaliação global do comportamento.

No estudo original de Frankl, Shiere, Fogels (1962), foram selecionadas 112 crianças, entre 3 e 5 anos de idade, sem experiência odontológica anterior, com a finalidade de avaliar o comportamento em duas consultas. As crianças foram separadas em dois grupos de acordo com a presença ou não da mãe durante o atendimento. Na primeira consulta, os comportamentos das crianças foram registrados: no momento da separação dos pais, durante o exame clínico bucal, a profilaxia, tomada de radiografia e após o término da sessão. No atendimento seguinte, registrou-se o comportamento no momento da separação das mães, durante a administração de anestesia local, preparo cavitário, inserção do material restaurador e após a conclusão do procedimento. A análise dos dados revelou que 72% dos pacientes apresentaram comportamento positivo nas duas sessões, independente da presença ou não da mãe, a qual não deve ser considerada perturbadora. O gênero, a raça, o nível socioeconômico e o atendimento anterior em enfermarias não influenciaram o padrão de comportamento.

Taylor et al. (1983) determinaram a influência do gênero e da idade no comportamento de 437 crianças, durante o atendimento odontológico, as quais foram separadas em três grupos conforme a idade (de 3 a 6 anos, de 7 a 9 anos e

de 10 a 13 anos). A observação do comportamento durante a reação inicial, anestesia preparo cavitário foi realizada por dois especialistas em odontopediatria, através da Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL. Os resultados revelaram maior proporção de comportamento negativo na reação inicial das crianças de 3 a 6 anos, o que é natural devido ao medo do desconhecido e da separação materna, não sendo observada diferença estatisticamente significante entre as outras duas faixas etárias. Em relação ao gênero, não ocorreram diferenças entre os gêneros masculino e feminino nas crianças pré-escolares, mas nos outros dois grupos, verificou-se no gênero feminino maior freqüência de comportamento negativo durante a anestesia e preparo cavitário, do que no masculino.

Vários autores têm relacionado o comportamento da criança na primeira consulta odontológica a fatores tais como: ansiedade materna (JOHNSON; BALDWIN, 1968; CORKEY; FREEMAN, 1994), ansiedade infantil, estado de saúde bucal da criança (KLINGBERG et al., 1995; TSUBOUCHI et al., 1990), experiências médicas anteriores (BAILEY; TALBOT; TAYLOR, 1973) e condições socioeconômicas (WRIGHT; ALPERN, 1971; PINKHAM et al., 1988; apud RAMOS-JORGE et al., 2000).

3.2 ANSIEDADE MATERNA E AMBIENTE FAMILIAR

> A hereditariedade determina a cor dos olhos, mas é inegável que o ambiente lhes dá o brilho.
>
> *Autor desconhecido*

Alguns autores atribuem a ansiedade infantil, na prática odontológica, à ansiedade materna e concluem que essa relação resulta num comportamento negativo da criança no consultório odontológico (JOHNSON; BALDWIN, 1968, 1969; CORKEY; FREEMAN, 1994).

Para Guedes-Pinto et al. (1997), a mãe interfere no relacionamento

profissional-paciente, e mães ansiosas podem transmitir emoções pouco construtivas para seus filhos, interferindo negativamente na experiência própria da criança acerca da situação odontológica.

Partindo do princípio de que a relação mãe-filho é bastante intensa e significativa e que, para as crianças, a experiência odontológica é uma situação nova, Johnson e Baldwin (1968) levantaram a hipótese de que as atitudes e experiências da mãe poderiam ser determinantes nas reações de ansiedade demonstradas pelo filho no ambiente odontológico.

Num primeiro estudo, pesquisaram 60 crianças de três a sete anos de idade, acompanhadas de suas mães. Todas as crianças foram submetidas a exodontia e a maioria delas estava tendo o primeiro contato com o dentista.

Foi aplicado o teste *Manifest Anxiety Scale* (MAS) para medir a ansiedade das mães e a Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL foi utilizada para avaliar o comportamento das crianças. Os resultados dessa pesquisa mostraram que foi altamente significativa a relação entre o nível de ansiedade manifestada pelas mães e o comportamento de suas crianças.

Filhos de mães altamente ansiosas demonstraram um comportamento mais negativo no ambiente odontológico do que filhos de mães pouco ou nada ansiosas. Os resultados também mostraram que o comportamento das crianças de três a cinco anos foi mais significativamente relacionado com o grau de ansiedade materna do que o comportamento das crianças de cinco a sete anos.

Posteriormente, Johnson e Baldwin (1969) realizaram um segundo estudo visando determinar se a natureza do procedimento cirúrgico não influenciou de alguma forma o comportamento da criança no primeiro estudo. Esses autores observaram o comportamento de 67 crianças de três a sete anos de idade, durante os procedimentos de exame clínico e profilaxia, com taça de borracha e pedra-pomes. Os resultados do segundo estudo foram semelhantes àqueles encontrados no primeiro estudo, ou seja, filhos com mães ansiosas tendem a se comportar mais negativamente na primeira consulta do que filhos de mães não

ansiosas. Concluíram, a partir desses dois estudos, que a relação entre a ansiedade materna e o comportamento da criança não é determinado pela natureza do procedimento.

Um estudo realizado em Belfast objetivou avaliar as influências maternas e o desenvolvimento psicológico infantil em relação à ansiedade da criança em atendimento odontológico. O nível de ansiedade de 60 crianças de seis anos de idade foi medido através do teste VPT e o nível de ansiedade das mães foi avaliado através da escala DAS. Os resultados mostraram que a ansiedade da mãe em relação à odontologia estava fortemente relacionada com a ansiedade da criança, nos momentos que antecediam o atendimento pelo dentista (CORKEY; FREEMAN, 1994).

A maioria das pesquisas mostra uma correlação positiva entre a ansiedade materna e o comportamento não cooperativo da criança. Wrigth, Alpern e Leake (1973) observaram que crianças com idades entre três e seis anos, sem experiência prévia de tratamento odontológico, tinham mais comportamento negativo quando as mães estavam ansiosas. Contudo, trabalhos posteriores (PFEFFERLE et al., 1982; FRANKL; SHIERE; FOGELS, 1962) verificaram que não há diferença no comportamento de crianças pequenas tratadas com ou sem a presença da mãe. Frankl, Shiere, Fogels (1962) observaram um aumento na cooperação de crianças pequenas atendidas na presença das mães. Nesses trabalhos não foi mencionado o grau de ansiedade da mãe, e o problema estaria em determinar em até que ponto mães ansiosas poderiam ajudar seus filhos (TOSTES; GOMES; CORRÊA, 1998).

Bailey, Talbot e Taylor (1973) investigaram o papel da ansiedade materna na determinação do comportamento e ansiedade de oitenta crianças, de 9 a 12 anos de idade, e compararam o nível de ansiedade de um grupo com necessidades odontológicas de urgência, com outro encaminhado para prevenção. Os instrumentos utilizados neste estudo foram questionários específicos para as mães e as crianças, escala para determinação de ansiedade materna (Escala de Ansiedade Manifesta de Taylor) e infantil (Escala de Ansiedade Manifesta – forma infantil) e a Escala de Classificação de

Comportamento de FRANKL. Uma relação estatisticamente significante foi encontrada entre o nível de ansiedade materno e o das crianças para as idades de 9 a 10 anos, todavia, esta relação não ocorreu para os pacientes de 11 a 12 anos, indicando maior maturidade e independência desta faixa etária. As variáveis que influenciaram positivamente o comportamento das crianças foram o maior nível de instrução materno, a tentativa da mãe em esclarecer e diminuir o medo de seu filho em relação ao tratamento odontológico, a percepção da criança em relação à sua saúde bucal e as experiências médico-odontológicas positivas dos pais. Entretanto, os pacientes com pequena adaptabilidade social, submetidos a tratamentos médicos desagradáveis, em contato com pessoas ou irmãos que passaram por experiências odontológicas negativas, apresentaram pior comportamento. Quanto ao grau de ansiedade infantil, não se verificou diferença estatisticamente significante entre os pacientes encaminhados para tratamento de urgência ou para assistência preventiva, visto que ambos mostraram–se ansiosos. Porém, um nível de ansiedade maior foi observado nas crianças conscientes de seu problema dentário, submetidas a experiências médicas negativas, que foram ao dentista pela primeira vez e naquelas em que a mãe tentou reduzir o medo.

Com o objetivo de avaliar os fatores que influenciam o comportamento infantil durante o tratamento odontológico, Klorman et al. (1978) pesquisaram 105 crianças de 3 a 13 anos de idade, com experiências odontológicas prévias, pacientes de uma clínica privada. As mães responderam aos testes de ansiedade geral e momentânea MAS e Corah's Dental Anxiety Scale (DAS), respectivamente, e ao questionário proposto por Wrigth e Alpern (1971). As crianças responderam ao teste VPT ao passo que seu comportamento foi avaliado através da Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL. A ansiedade materna, tanto a geral quanto a momentânea, não foi estatisticamente relacionada com a ansiedade e o comportamento do filho.

Apesar de vários estudos terem documentado uma associação estatisticamente significante entre o comportamento negativo da criança na sua primeira visita ao dentista e a ansiedade materna avaliada pelo teste MAS, essa

associação não tem sido verificada em crianças com experiências odontológicas prévias (KOENIGSBERG; JOHNSON, 1972; BAILEY; TALBOT; TAYLOR, 1973; KLORMAN et al., 1978).

Koenigsberg e Johnson (1972) realizaram um estudo com 86 crianças de três a sete anos de idade, sem experiências odontológicas prévias, com o objetivo de verificar os efeitos da ansiedade materna avaliada pelo teste MAS sobre o comportamento de crianças em visitas seqüenciais. Durante a primeira visita, foram realizados exame clínico, profilaxia e duas radiografias. Nas duas visitas subseqüentes, lesões de cárie oclusal nos molares superiores foram selecionadas para serem restauradas com amálgama. Os resultados revelaram que o comportamento das crianças durante a primeira visita ao dentista foi estatisticamente relacionado com o nível de ansiedade das mães. Essa relação não foi observada nas duas visitas subseqüentes.

Klorman et al. (1979) pesquisaram 132 crianças com experiências odontológicas prévias e 49 crianças sem experiência odontológicas anteriores. A média de idade das crianças era de 8 anos de idade. Após a avaliação da ansiedade materna (MAS e DAS), da ansiedade (VTP) e do comportamento infantis (FRANKL), os autores verificaram que, em ambos os grupos de crianças, não houve associação estatisticamente significante entre esses fatores. Assim, concluem que há uma necessidade de reavaliar a crença popular de que a ansiedade odontológica da criança é adquirida pela imitação das atitudes da mãe.

Estudando 153 crianças de 3 a 6 anos de idade no Japão, Tsubouchi et al. (1990), encontraram uma relação positiva entre a ansiedade materna e a ansiedade do filho. O nível de ansiedade materna foi também significativamente relacionado com o índice de cárie dos filhos. A ansiedade materna em relação ao ambiente odontológico foi considerada fator de risco de cárie nos filhos.

No Brasil, Giron (1978 apud RAMOS-JORGE et al., 2000), também estudou a importância da relação mãe-filho durante o tratamento odontológico e levantou a hipótese de que as atitudes e experiências da mãe poderiam ser decisivas na ocorrência e manifestação da ansiedade da criança diante do

dentista, concluindo que as crianças que se apresentavam mais ansiosas tinham mães com um maior grau de ansiedade.

Ramos-Jorge et al. (2000) pesquisaram em um estudo preliminar a influencia da ansiedade materna (MAS) sobre a ansiedade e o comportamento infantis (VPT e FRANKL), em 11 crianças de 48 a 70 meses de idade e verificaram que 75% das mães pouco ansiosas tinham filhos que apresentaram um bom comportamento durante a consulta. Concluíram que a ansiedade materna é um fator importante para a definição do comportamento infantil frente ao tratamento odontopediátrico.

De acordo com Guedes-Pinto e Corrêa (1997), para nos referirmos a ansiedade materna tem-se que estender uma avaliação ao meio ambiente familiar. Isto porque, ainda que para a maioria das crianças, o grau de ansiedade materna determine maior ou menor ansiedade, outros membros da família podem também provocar este problema com sua tensão, por terem grande ascensão e convivência muito íntima com a criança.

Shoben e Borland (1954 apud GÚZMAM, 1985), procurando estudar os possíveis fatores etiológicos da ansiedade em relação aos procedimentos odontológicos, entrevistaram 30 pacientes adultos, diagnosticados previamente como portadores de fobia odontológica. Concluíram que os fatores mais importantes na determinação da ansiedade de um indivíduo foram as atitudes e as experiências dos membros da família em relação à odontologia. O ambiente familiar, como regra geral, é fundamentalmente determinante na formação da criança. Por isso, de acordo com Chambers (1970 apud RAMOS-JORGE et al., 2000), o odontopediatra deve atentar para o fato de que o auto-controle, a auto-estima e a auto-confiança infantis dependem da estabilidade do ambiente familiar e da relação entre pais e filhos, porque são fatores importantes no desenvolvimento psicológico da criança.

O ambiente familiar pode ser uma variável de importância no estabelecimento de uma etiologia multifatorial do medo odontológico. Esta variável merece ser considerada à parte, pois, além de participar da gênese do

medo odontológico, tem grande importância na sua profilaxia e terapêutica. O padrão de comportamento da criança é influenciado por muitos elementos ambientais. Uma força de grande significado é a constelação familiar, dentro da qual a mãe exerce um papel importante (KLATCHOIAN, 1992).

Autores como Finn (1967 apud RAMOS-JORGE et al., 2000), Guedes-Pinto et al. (1997) e Toledo (1996) mostram que a ansiedade dos pais, a disciplina doméstica e os estímulos familiares estão diretamente relacionados ao comportamento ansioso da criança. Ambientes mais estruturados (de limites bem definidos) ou menos permissivos, estão associados a um menor grau de ansiedade odontológica.

Observa-se, porém, que a relação mais explícita entre ansiedade materna e cooperação infantil no consultório odontológico ocorre mais freqüentemente com crianças menores de cinco anos por serem, de acordo com as teorias do desenvolvimento, mais dependentes de suas mães. Deve-se ainda considerar a ansiedade de separação da criança pequena quando se encontra frente a um adulto estranho.

Em crianças de pouca idade, a situação de estresse gerada pelo atendimento odontológico é agravada por um medo normal e natural do desconhecido, associado ou não a experiências médicas negativas anteriores. Quando um paciente odontopediátrico manifesta apreensão e resistência, é fundamental descobrir as razões deste comportamento, a fim de escolher a melhor conduta para superar esta condição. O nível de medo varia entre os indivíduos, podendo ser influenciado pela personalidade e formação da criança, personalidade e experiência do dentista, idade cronológica e grau de desenvolvimento psicológico do paciente, tipo de relacionamento entre os pais e filhos, visão dos pais frente à odontologia, experiências médicas ou odontológicas dos pais frente à odontologia, assim como pelas experiências médicas ou odontológicas anteriores do paciente (LOEVY, 1981).

Johnson e Baldwin (1968) estudaram os efeitos da ansiedade materna em crianças na faixa etária de três a sete anos. Dois observadores treinados

avaliaram o comportamento das crianças na sala de consultas pela Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL e as mães foram submetidas a teste na escala Taylor (*Taylor Manifest Anxiety Scale*) na sala de espera. Os resultados obtidos confirmaram que as mães com alto grau de ansiedade tinham filhos que mostraram comportamento não cooperativo no consultório odontológico.

Por outro lado, Klorman et al. (1979) concluem a necessidade da reavaliação da crença popular de que a ansiedade odontológica é adquirida pela imitação das atitudes maternas ou pelo reforço dado pela mãe ao medo odontológico. Esta posição teórica foi denominada por Chess (1964 apud KLATCHOIAN, 1993) de mal de Mère, isto é, a tendência de culpar a mãe pelas desordens psicológicas da criança.

Em nossa sociedade, a família é, por excelência, o agente do processo de socialização da criança, por ser o primeiro a iniciar a educação na fase em que o indivíduo está mais “sensível” para uma aprendizagem efetiva, social e moral, e também, por ser, ao longo do processo, o elemento mais duradouro e constante no tempo (CASTRO et al., 2001).

O meio familiar exerce grande influência sobre a criança, sendo que as atitudes dos pais levam a diferentes comportamentos desta, que se refletem no atendimento odontológico (CASTRO et al., 2001).

A ansiedade e o medo que afetam o comportamento da criança no consultório odontológico estão relacionados, principalmente, com experiências e/ou atitudes familiares (BAILEY; TALBOT; TAYLOR, 1973).

Pais muito ansiosos tendem a afetar negativamente o comportamento de seus filhos, principalmente, se são crianças mais jovens (JOHNSON; BALDWIN, 1969).

Transformações que ocorrem na sociedade têm reflexo nas atitudes das crianças e somente poder-se-á compreendê-las quando puder entender suas características individuais e o ambiente em que vivem (CASTRO et al., 2001).

O meio social exerce uma grande influência sobre a criança. Ao invés de analisá-la como um ser isolado, deve-se considerá-la uma entidade móvel, complexa, à mercê de várias influências de seu meio e reagindo a essas influências das mais variadas formas (BENFATTI; ANDRION, 1984 apud OLIVIERI; ALVES, 2001).

Através do conhecimento sobre o paciente e sua família, é possível a identificação da provável origem do medo, tornando-se mais fácil uma abordagem adequada (SINGH; MORAES; BOVI-AMBROSANO, 2000).

O comportamento dos pais e as atitude com relação à odontologia é um fator chave que afeta o comportamento da criança no consultório. Por causa disso, uma comunicação efetiva com os pais, fornecendo informações sobre o papel deles durante o tratamento, é de grande importância. Pais que freqüentemente interrompem a conversa entre a criança e o profissional, seja para falar a respeito do tratamento ou tentar dar orientações e encorajamento podem causar distração e confusão, o que aumenta a possibilidade de haver um comportamento inadequado por parte da criança (FAYLE; TAHMASSEBI, 2003).

O ambiente familiar é o causador da maioria das ansiedades e temores da criança, provocados pela superproteção ou pela preocupação exagerada dos pais em proporcionar bem-estar; além desses fatores, a atitude de rejeição e o desamor podem também contribuir para o aparecimento dessa ansiedade (GRÜNSPUN, 1978 apud TOLEDO, 1996).

Às vezes, alguns problemas são passageiros como distúrbios por decaída momentânea no comportamento familiar; mesmo nesta situação, as crianças têm demonstrado abalos emocionais, os quais podem, em maior ou menor grau, provocar mudanças no comportamento delas. O nascimento de um irmão geralmente afeta o filho que deixou de ser o caçula que, muitas vezes, por essa razão, passa a apresentar até comportamento regressivo, para imitar o recém-nascido (GUEDES-PINTO; CORRÊA, 1997).

Medina e Pastora (1998) consideram que a conduta dos pais molda a

conduta dos filhos. Estes exercem uma profunda influência sobre a personalidade da criança, afetando o comportamento destas frente a novas situações.

Segundo Monti (1940 apud LINHARES, 1985), os problemas da criança frente ao dentista, são de caráter individual e estão relacionados com os erros conceituais que os familiares têm introduzido na mente da criança.

Apesar de cada família apresentar peculiaridades relacionadas ao contexto sócio-histórico-cultural em que está inserida, sabe-se que alguns fenômenos estão presentes na dinâmica das relações familiares em geral. O conhecimento do profissional de odontologia acerca de seu paciente pressupõe a visão do contexto no qual está inserido, incluindo a família. A observação da influência familiar sobre o paciente pode ser de fundamental importância para a compreensão de ocorrências que tendem a facilitar ou dificultar o tratamento odontológico. A forma como o indivíduo se relaciona com seus problemas bucais e com o tratamento pode ser um sintoma de problemas familiares. Do mesmo modo, uma característica familiar pode interferir diretamente no relacionamento de um profissional de Odontologia com seu paciente facilitando ou, até mesmo, impossibilitando o atendimento (SEGER et al., 1998).

4 PSICOLOGIA E ODONTOLOGIA

> A realidade do outro não está naquilo que ele revela a você, mas naquilo que ele não pode revelar. Portanto, se você quiser compreendê-lo, escute não o que ele diz, mas o que ele não diz.
>
> *Kalil Gibran*

A psicologia aplicada à odontologia não é mais uma especialidade odontológica, nem um ramo da psicologia. É uma atitude geral que postula uma visão integrada do homem, na sua unidade corpo-mente, considerando seu ambie nte físico e seu meio sociocultural. Entende-se por ambiente físico, variáveis, tais como: clima, altitude, alimentação, habitação, transporte, poluição ambiental, entre outros.

O ambiente sociocultural envolve considerações acerca de: crenças, educação, lazer, religião, cor, nacionalidade, emprego, estado civil, sexo, idade, família, status socioeconômico, profissional, etc. Estes aspectos permitem uma visão mais abrangente do paciente com seu meio, bem como suas relações com essas variáveis. Portanto, psicologia aplicada à odontologia é a aplicação dos conhecimentos da psicologia para um melhor e mais completo tratamento odontológico (SEGER et al., 1998).

Klatchoian (1993) considera que a saúde bucal de uma população depende, em parte – além das biológicas e socioeconômicas –, da transformação dos pacientes de sujeitos passivos em agentes que participam do processo no qual o dentista assume a posição chave, qual seja a de ser facilitador ou inibidor da conquista desta autonomia.

Apesar do grande avanço técnico da odontologia, persiste um sentimento

ou uma sensação desagradável relacionada á experiência odontológica. Sensações como medo e ansiedade, além da fobia odontológica, são problemas que estão longe de se extinguirem.

O fundamento da prática odontológica é, por si só, desagradável para as pessoas. A posição especial que ocupa a boca no corpo humano, amplificando estímulos agradáveis e desagradáveis, local de prazer e dor, de expressão de amor e agressão, com certeza não pode ser esquecida. Também deve ser lembrada a importância de um indivíduo diante de um problema dentário que não consegue resolver sozinho e que, muitas vezes, escapa até mesmo de seu campo visual ou tátil e passa a ser percebido exclusivamente como dor. Uma dor difusa ou localizada, cujo agente foge até mesmo do controle perceptivo, pode se constituir uma grande ameaça. Diante do dentista, o paciente encontra-se, em princípio, numa situação de impotência e fragilidade, muitas vezes reforçada pela postura tecnicista do profissional que se atém ao tratamento do dente, relegando a pessoa à condição de "portadora de dentes". Como dizia Moraes (1983 apud SEGER et al., 1998), "[...] é bem mais fácil relacionar-se com uma cárie do que com uma pessoa apavorada, deprimida ou mesmo preocupada".

De acordo com Seger et al. (1998), para se estabelecer uma relação odontólogo-paciente satisfatória, o primeiro necessita saber o que pode ocorrer ao corpo do indivíduo quando seu estado emocional está alterado e o que pode ocorrer ao estado emocional e ao comportamento do indivíduo quando este adoece.

Deve-se ter uma visão clara de que o homem é um ser biopsicossocial e que qualquer alteração em uma dessas unidades alterará todas as outras. Não se pode tratar apenas a boca de um paciente, sem se levar em conta a unidade. Já é notório o fato de que não há, nem pode haver uma separação entre a psique e o soma; o que um experimenta o outro exprime. Para tanto, para que se obtenha um bom tratamento, é necessário conhecer o todo e ter em mente que alterações ao nível do corpo e dos processos mentais ocorrem em termos fisiológicos ou funcionais, simultaneamente.

O cirurgião dentista necessita saber se os fatores psicológicos estão modificando a “doença” e influindo no paciente e caso estejam, de que forma e em que extensão.

Klatchoian (1998) ressalta a importância de um bom vínculo profissional entre criança, dentista e pais. Salienta, ainda, que existe um componente cognitivo dos pais em relação à odontologia que é construído por uma associação entre fatores: conhecimento a respeito do problema bucal, crenças pessoais do paciente, atitudes diante da saúde bucal. Assim, quando a conscientização do paciente aumenta em relação ao seu problema, aumenta também o efeito positivo que aquele tratamento vai ter sobre sua saúde bucal e sobre sua motivação e cooperação.

A psicologia aplicada à odontologia abrange todas as especialidades odontológicas que vão desde o clínico geral até os especialistas em suas respectivas áreas de atuação aplicando-se também ao próprio cirurgião-dentista, tanto no que diz respeito as suas tensões profissionais, quanto a sua personalidade e seu comportamento frente aos pacientes.

Segundo Silva et al. (1992), inúmeros são os trabalhos que tratam da relação entre psicologia e problemas odontológicos; entretanto, poucas são as pesquisas que procuram se inteirar ao que a criança pensa e percebe em relação ao tratamento odontopediátrico. Outro fato importante é que nem sempre o clínico que atende crianças consegue interpretar corretamente a sintomatologia psicológica do paciente. Tollendal (1985 apud SILVA et al., 1992) acredita na necessidade do conhecimento psicológico, pois, os fatos têm significados diferentes para cada pessoa. Um dente fraturado pode parecer para alguém algo superficial, enquanto para outro pode despertar fantasias angustiosas ou significar uma tragédia porque o impede de fazer algo muito desejado. Portanto, o clínico deve considerar que a fratura não altera apenas o dente, mas a vida toda do paciente, tanto internamente quanto em sua dimensão social.

Existe uma fábula citada por Freud (1921 apud SEGER et al., 1998), que ilustra, de forma metafórica, não somente a importância da vinculação como

também as dificuldades deste processo. Ela conta que membros de um grupo de porcos-espinhos precisavam se aproximar uns dos outros no inverno para não morrerem congelados. A aproximação abrupta, porém, fez com que os espinhos de uns ferissem os outros, impelindo-os a se afastarem rapidamente. A necessidade de aquecimento aproximou-os novamente, ficando todos feridos mais uma vez. Aos poucos, foram descobrindo uma distância intermediária, que permitia terem uma coexistência mais tolerável, e evitarem o congelamento.

A vinculação profissional-paciente também não ocorre de uma vez. É um processo que envolve conhecimento mútuo, estabelecimento de limites claros e respeito às limitações do outro. Assim como ocorreu com os porcos-espinhos, não é um processo simples e muito menos indolor, no entanto, ele nos salva do congelamento, ou seja, da morte, no sentido da não relação.

A possibilidade de vinculação do profissional ao paciente não significa a ausência de problemas. Sabe-se que; pelo contrário, a proximidade somente amplifica os mesmos. Parece um contra-senso, então, sugerir que o profissional da odontologia se vincule ao paciente e entre em contato com os próprios sentimentos, quando se compreende que esta profissão exige, muitas vezes, um distanciamento emocional que possibilite ao dentista utilizar os instrumentos perfuro-cortantes dentro de uma região tão sensível quanto à cavidade oral. Por tudo isso, é fundamental que o profissional não confunda a vinculação com o apego e o sentir com o ser dominado por seus sentimentos.

O profissional da odontologia, podendo viver as relações com seus pacientes, tem a possibilidade de conhecê-los, permitir a estes que possam confiar no profissional, e principalmente, verificar quais são as emoções presentes que podem estar interferindo neste encontro. Para que isso ocorra, é necessário acreditar que cada encontro, mesmo quando efêmero, por se tratar de um acontecimento entre dois seres humanos, será importante por ser sempre único (SEGER et al., 1998).

Assim, a preocupação com aspectos psicológicos tem sido cada vez maior. É amplamente reconhecido, hoje, que o conhecimento sobre o comportamento do

ser humano favorece um relacionamento satisfatório entre cirurgião-dentista e paciente, principalmente o paciente infantil (OLIVEIRA et al., 2003).

A comunicação é a base para o estabelecimento de um bom relacionamento com a criança, permitindo a complementação dos procedimentos clínicos. O vocabulário usado pelo profissional deve ser variado e adequado para cada faixa etária, porém a expressão facial e a voz são mais importantes do que as palavras (CORRÊA; MAIA, 1998).

Corrêa et al. (2003 apud OLIVEIRA et al., 2003) consideram de fundamental importância que o odontopediatra tenha conhecimentos psicológicos das etapas de desenvolvimento da criança e de diferentes linguagens para as diferentes faixas etárias. Tais conhecimentos aplicados na clínica ajudam na compreensão dos problemas de comportamento apresentados pelo paciente infantil e, conseqüentemente, para a indicação de métodos mais eficazes ao seu manejo psicológico.

Para obter a colaboração da criança, é necessário que o odontopediatra compreenda o desenvolvimento psicológico infantil e, principalmente, conheça, também, sua personalidade e seu contexto familiar. O comportamento durante o atendimento dependerá da preparação efetiva de seus pais e também da habilidade do profissional em manejar cada criança, respeitando sua individualidade (KLATCHOIAN, 1998). Além disso, o profissional deve saber colocar limites, pois caso contrário, o tratamento acaba sendo desgastante para o paciente e para o profissional (CORRÊA, 1998).

Neste contexto, uma visão ampla da inter-relação da odontopediatria e psicologia possibilitará um tratamento odontológico diferenciado, seguro e eficiente.

5 RECURSOS UTILIZADOS PARA MODIFICAR O COMPORTAMENTO INFANTIL

> O que quer que você seja capaz de fazer ou imagina ser capaz comece. Ousadia contém gênio, poder e magia.
>
> *Johann Wolfgang von Goethe*

O ser humano é perceptivo, aprende e retém informações com facilidade, porém, nem sempre está disposto a ser constante. Assim como o adulto, a criança apresenta altos e baixos, e os esforços para mudança de comportamento implicam em atitudes com as quais o odontopediatra deve demonstrar firmeza e, ao mesmo tempo amor pelo paciente.

Deve-se desenvolver, aos poucos, segurança naquilo que se transmite ao paciente, para obter uma aceitação positiva e cada vez melhor, uma vez que a intenção é trabalhar de forma a interagir com o ser humano (CORRÊA, 2002).

A inter-relação com o paciente deve ser prioritária e ainda que expressões como “controle de comportamento” ou “manejo comportamental”, entre outras, sejam muito utilizadas nesse contexto e denotem uma não inter-relação, isto não acontece quando o objetivo é interagir com o paciente infantil.

O controle de comportamento da criança é pré-requisito para a realização, de um adequado tratamento odontológico. Geralmente, os profissionais temem o atendimento de uma criança com história de comportamento negativo, com receio de traumatizá-la ou de não finalizar o tratamento.

A falta de cooperação do paciente durante a consulta odontológica pode ser justificada pelo medo ou ansiedade transmitidos pelos pais, experiência anterior desagradável ou traumática ou uma primeira consulta ao dentista mal conduzida (CORRÊA, 1998).

Não se deve esperar que as crianças “superem” automaticamente todos os seus medos, elas devem aprender novas respostas às situações que as eliciam, bem como trabalhar suas origens.

As técnicas efetivas para reduzir o medo envolvem a combinação de explicações e graduais encorajamentos para que a criança se confronte com a situação que provoca medo. É pouco provável que apenas explicações sejam bem sucedidas com crianças pequenas, porque podem não associar, ainda, palavras as situações provocadoras de medos.

Por outro lado, quando o confronto é acompanhado de explicação, os estímulos eliciadores de medo associam-se à presença repousante e ao encorajamento. Sob tais condições, a criança é reforçada por inibir respostas de medo que poderão vir a ser dominadas por outras, novas e mais maduras (SEGER et al., 1998).

Giglio, Guedes-Pinto e Duarte (2000) estabeleceram cinco condições que explicam o distanciamento da criança do consultório. Em primeiro lugar, está a diferença de porte físico, estabelecendo quem manda e quem será mandado; segundo, a criança tem poucos conhecimentos técnicos da situação odontológica e, intuitivamente, teme o desconhecido; terceiro, a boca é o principal e o primeiro órgão de relação com o mundo e que possibilita a sobrevivência, por isso, introduzir elementos estranhos na cavidade bucal sempre é vivenciado como uma forte agressão; quarto: a posição da criança na cadeira, geralmente reclinada e de boca aberta, impossibilita a fala fundamental ao relacionamento. Finalmente, não é necessário ser criança para experimentar esta impotência durante o tratamento odontológico. Por melhor que tenha sido a técnica de anestesia e o cuidado clínico, o fundamento do trabalho é incômodo, podendo ser simbolizado como traumático e doloroso. Os autores acreditam que, prevenindo ou reduzindo a

ansiedade e o medo, estar-se-á contribuindo para melhorar a saúde bucal em crianças.

O odontopediatra deve conhecer a criança com a maior profundidade possível, compreender sua evolução psíquica, que provoca diferentes comportamentos de acordo com o estágio em que se encontra (ISSAO; GUEDES-PINTO, 1998).

O comportamento da criança no consultório odontológico depende de inúmeros fatores que interagem entre si. Dentre esses fatores, é possível citar a experiência, maturidade, personalidade e as atitudes da criança, além de sua prática de educação, o relacionamento entre crianças e pais e o conhecimento e habilidade da equipe odontológica (KOCH et al., 1995 apud OLIVEIRA et al., 2003).

Para Wrigth (1985 apud OLIVEIRA et al., 2003), o manejo do comportamento é o meio pelo qual a equipe odontológica realiza efetiva e eficientemente o tratamento da criança e, ao mesmo tempo, motiva uma atitude odontológica positiva. Como as técnicas de manejo são adotadas rotineiramente e aplicadas em muitas crianças, às vezes, sua importância não recebe a devida atenção ou elas acabam sendo esquecidas.

De acordo com Corrêa et al. (2003 apud OLIVEIRA et al., 2003), o gerenciamento do comportamento por meio da comunicação é amplamente utilizado na odontopediatria, tanto com crianças cooperativas como com as não-cooperativas. O odontopediatra precisa ter uma sensibilidade apurada para capturar o que a criança tenta transmitir por meio de gestos e palavras e usar dos mesmos recursos para se comunicar com ela.

Os métodos de comunicação verbal consistem em controle de voz, distração, reforço positivo, falar-mostrar-fazer, dessensibilização e modelagem.

Controle de voz é uma modificação controlada do volume, tom e ritmo para influenciar e direcionar adequadamente o comportamento do paciente. O objetivo desta técnica é atrair a atenção durante o comportamento negativo e de recusa,

estabelecendo autoridade e vínculo para a continuação do procedimento proposto (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2002/2003).

Este tipo de abordagem está indicado para crianças em idade pré-escolar, que apresentam linguagem desenvolvida, sendo extremamente efetiva na interceptação de comportamentos inadequados quando os mesmos estão iniciando, apresentando moderada efetividade quando o comportamento já está estabelecido (PINKHAM, 1996).

Distração é uma técnica utilizada para desviar a atenção do paciente do que pode ser considerado desagradável (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2002/2003). Para distrair a criança durante o tratamento odontológico, pode-se utilizar brinquedos, contar estória, cantar músicas ou até mesmo conversar com a criança. Quanto mais o cirurgião dentista conhecer o universo do paciente, mais elementos ele terá para distraí-lo (CORRÊA, 2002).

O reforço positivo é uma técnica em que se recompensa o comportamento positivo apresentando pelo paciente, através de elogios, prêmios e expressão facial. Espera-se que, com o reforço positivo, o paciente repita o comportamento positivo na próxima consulta (OLIVEIRA et al., 2003). É um método que consiste em recompensar o paciente por comportamentos desejáveis e então reforçar a recorrência deste comportamento (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2002/2003).

Deve ser evitado o reforço negativo, que seria criticar e repreender o mau comportamento. A melhor forma de lidar com essa atitude é ignorá-lá, desencorajando a criança a agir dessa maneira (CHAMBERS, 1970 apud MASTRANTONIO et al., 2004).

Berenie e Ripa (1977 apud MASTRANTONIO et al., 2004) classificaram os reforços positivos como sendo material, social e de atividade.

Os reforços materiais são brinquedos e presentes. Segundo Guedes-Pinto (1997), a recompensa deve ser sempre de pequeno valor, e dada caso o comportamento da criança tenha sido satisfatório, ou se, mesmo tendo chorado,

permitiu o tratamento. Este presente não deve servir de suborno e sim de prêmio, portanto, só deve ser oferecido após a consulta e sem que a criança saiba anteriormente. Em geral, deve-se solicitar aos responsáveis, que não prometam qualquer tipo de recompensa para a criança ir ao dentista. Após o atendimento, a "recompensa" poderá surgir como uma surpresa agradável, que não terá relação com o que ocorreu durante o atendimento (COLARES; PINKHAM, 2001 apud MASTRANTONIO et al., 2004).

Os reforços sociais incluem elogiar o paciente, parabenizá-lo, abraçá-lo ao final da consulta, sorrir e demonstrar afeto (CORRÊA, 2002).

Os reforços de atividade são dados como recompensa por alguma atividade realizada. Sua aplicação no consultório odontológico é limitada, entretanto, podem ser utilizados com sucesso em casa para motivar a escovação (BERENIE; RIPA, 1977 apud MASTRANTONIO et al., 2004).

Dentre as técnicas de manejo de comportamento, a mais utilizada é o método preconizado por Addelston, conhecido como falar-mostrar-fazer, de acordo com estudos de Levy e Domoto (1979 apud OLIVEIRA et al., 2003) e Allen et al. (1990 apud OLIVEIRA et al., 2003). Esta técnica inclui explicação verbal dos procedimentos por meio de linguagem compatível com o desenvolvimento do paciente; demonstração visual, tátil, auditiva e olfatória dos instrumentais e materiais, de maneira cuidadosa e não-ameaçadora; realização do procedimento logo após a explicação e demonstração. Tem como objetivos ensinar ao paciente os aspectos importantes da consulta odontológica, familiarizá-lo ao ambiente odontológico e adaptá-lo aos procedimentos por meio da dessensibilização e reações bem definidas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2002/2003).

A técnica de falar-mostrar-fazer deve ser iniciada logo que a criança entra no consultório; a sala de espera deve ser atrativa, criando um ambiente amigo para que ela possa se distrair e se ocupar (CORRÊA; ZARDETTO; RAMIRES-RAMITO, 2002).

A maneira de conduzir a consulta varia, principalmente, de acordo com a idade da criança e características comportamentais da mãe e filho. Não se pode ter uma mesma conduta indiscriminadamente para todos os pacientes. Dependendo da reação e de seu acompanhante, a seqüência previamente estabelecida, muitas vezes, é modificada (CORRÊA; ZARDETTO; RAMIRES-RAMITO, 2002).

Dessensibilização consiste em colocar o paciente em estado de relaxamento e respiração profunda, expondo-o gradativamente a estímulos odontológicos que lhe causem medo ou ansiedade (KLATCHOIAN, 1993). Consiste na apresentação gradativa de estímulos, dos menos para os mais ansiogênicos.

Modelagem consiste na observação de uma criança em tratamento por outra ou mais crianças. É obvio que a criança que serve de modelo deve ter um comportamento exemplar, para que nela possam ser executados os procedimentos operatórios de rotina (KLATCHOIAN, 1993).

O paciente observador irá imitar o bom comportamento do paciente modelo. O modelo pode estar presente ou ter sido filmado, com resultados igualmente bem sucedidos e gratificantes. É muito comum o uso de técnicas de modelagem com irmãos mais velhos, durante algum procedimento operatório (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY, 2002/2003).

Melamed et al. (1975 apud OLIVEIRA et al., 2003) estudaram a modelagem através de filmes e concluíram que esta técnica é efetiva para a redução da ansiedade em crianças de pouca idade (abaixo de sete anos), durante a primeira visita, preparando a criança para procedimentos futuros.

O gerenciamento do comportamento por meio de comunicação é amplamente utilizado em odontopediatria; é um processo subjetivo e contínuo. Cabe ao profissional empregar a técnica que melhor se adapta, no procedimento clínico, ao paciente, atendendo às suas necessidades individuais. Ressalta-se que há várias classificações na forma de apresentação destas técnicas, porém

estas não modificam o objetivo principal, que é o de familiarizar o paciente infantil quanto aos aspectos importantes da consulta odontológica para proporcionar-lhe um tratamento bem sucedido (OLIVEIRA et al., 2003).

6 TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO DA ANSIEDADE

A ansiedade é uma característica pessoal, mas a origem desta característica pode ser duvidosa. Às vezes a situação odontológica em si pode não causar ansiedade. Identificar os estímulos que levam a esta ansiedade, contribui para um melhor condicionamento do paciente ao tratamento odontológico.

6.1 TÉCNICA DE AVALIAÇÃO FISIOLÓGICA

> "[...] penso que é melhor sentir-se herdeiro que se sentir dono de algo que se transmite. Não sei se tenho alguma coisa. Mas sei que recebi muito."
>
> *Jorge Luis Borges*

A ansiedade possui componentes fisiológicos, motores e cognitivos, porém, sua identificação não exige a demonstração de todos os três componentes por que existem consideráveis diferenças individuais na maneira pela qual eles se correlacionam (ROSS, 1979).

A avaliação de respostas fisiológicas indicadoras de estresse, como aumento da tensão muscular, da freqüência cardíaca, alterações da respiração e da resistência elétrica da pele, é uma forma de monitorar as reações dos pacientes ao ambiente odontológico (SIMPSON; RUZICKA; THOMAS, 1974).

Estas técnicas fisiológicas constituem-se em medidas objetivas da ansiedade odontológica, porém estão restritas a situações específicas por exigirem equipamentos especiais (ROSS, 1979; KLINGBERG et al., 1995).

Para avaliação do medo e ansiedade em odontologia, Sonnenberg e Venham (1977) sugeriram a combinação de instrumentos, frente à tendência de variação dos padrões individuais de resposta ao estresse odontológico. Assim, selecionaram 64 crianças, sem experiência odontológica prévia e com necessidade curativas, para avaliar as reações ao tratamento odontológico através da medida da freqüência cardíaca, resposta basal da pele, Teste Projetivo de Venham (VPT), Escala de Avaliação Clínica da Ansiedade e do Comportamento Cooperativo e do Desenho da Figura Humana (DFH). Inicialmente, as crianças foram submetidas a um exame clínico, incluindo profilaxia, aplicações tópicas de flúor e radiografias; nas consultas seguintes, instituiu-se o tratamento restaurador, e após seis meses, as crianças retornaram para outra assistência preventiva. Para análise do DFH, foram utilizados dois sistemas de escores, um composto por vinte itens, e outro com apenas seis itens. Os escores totais e parciais dos desenhos apresentaram uma correlação significativa com os demais indicadores, exceto com a Avaliação Clínica do Comportamento Cooperativo. A comparação dos resultados para cada sessão mostrou que os métodos fisiológicos (freqüência cardíaca e temperatura basal), e as escalas clínicas de avaliação da ansiedade e comportamento apresentaram padrão consciente, sendo os maiores valores nas consultas para o tratamento restaurador e os menores, no exame clínico e no retorno. Por outro lado, o teste projetivo e o DFH apresentaram os maiores valores na consulta inicial e refletiram os sentimentos da criança frente à situação.

Komínek et al. (1969 apud CASTRO, 2000) registraram a freqüência dos batimentos cardíacos de crianças de 8 a 15 anos de idade durante o atendimento odontológico, verificando que a proximidade direta com o dentista, o ato de acender o refletor e de acionar a alta rotação causou aumento da pulsação cardíaca.

Myers, Kramer e Sullivan (1972) verificaram o ritmo cardíaco de 20 crianças, com idade média de nove anos, durante uma consulta odontológica e compararam os valores entre determinadas etapas do atendimento. A colocação dos eletrodos não causou nenhuma reação negativa nos pacientes, sendo a

média de freqüência cardíaca, neste instante, de 94,5 batimentos por minuto, decrescendo para 92,7 quando a criança sentava na cadeira. A maior média de batimentos cardíacos foi de 102,6 no momento da anestesia tópica, reduzindo para 96,4 após a conclusão da anestesia infiltrativa. Este fato sugere que o período anterior à injeção do anestésico pode aumentar a apreensão da criança e, provavelmente, é de origem psicossomática.

Com o objetivo de verificar os efeitos da administração do óxido nitroso na redução da ansiedade e sua influência no comportamento de crianças submetidas a tratamento odontológico, Nathan et al. (1988 apud CASTRO, 2000) utilizaram simultaneamente uma técnica fisiológica (freqüência dos batimentos cardíacos) e as Escalas de Avaliação clínica da Ansiedade e do Comportamento Cooperativo de Venham. Para o estudo, foram selecionadas 35 crianças na faixa etária de 48 a 72 meses, sem experiência odontológica anterior, previamente diagnosticadas quanto ao grau de ansiedade e número de lesões de cárie. Os participantes foram separados em três grupos: o Grupo I não recebeu óxido nitroso, nem utilizou a máscara, o Grupo II recebeu apenas oxigênio (placebo) e para o Grupo III, administrou-se o óxido nitroso.

Na primeira consulta, realizou-se exame clínico, profilaxia e aplicação tópica de flúor e nas sessões subseqüentes, o tratamento curativo foi executado, sempre pelo mesmo profissional. Em todas as sessões, o monitoramento dos batimentos cardíacos foi contínuo, com ênfase especial na fase inicial da consulta (antes de qualquer intervenção), durante a aplicação da anestesia (tópica e infiltrativa) e no preparo cavitário.

Para a avaliação qualitativa da resposta da criança diante da anestesia infiltrativa e preparo cavitário, foram utilizados vídeos, analisados por especialistas alheios às condições experimentais, os quais classificaram o comportamento e a ansiedade das crianças segundo os critérios estabelecidos por Venham, Bengston e Cipes (1977). Os registros dos batimentos cardíacos mostraram extensa variabilidade intra e inter-indivíduos durante as consultas, não sendo significativo entre os grupos, por outro lado, a Avaliação Clínica do

Comportamento e Ansiedade revelou diferenças estatisticamente significante entre os grupos, durante a anestesia infiltrativa e o preparo cavitário, indicando os efeitos positivos do óxido nitroso. Os pacientes que receberam apenas oxigênio mostraram os maiores níveis de ansiedade e o comportamento negativo durante todo o tratamento restaurador, no entanto, o Grupo III apresentou comportamento cooperativo e os menores índices de ansiedade, suportando o efeito benéfico imediato e a longo prazo do óxido nitroso. Na quarta sessão para tratamento restaurador, os pacientes do Grupo III não receberam o óxido nitroso, e mesmo assim, continuaram apresentando menor ansiedade e melhor comportamento do que os demais. Portanto, os autores concluíram que o óxido nitroso reduziu a ansiedade infantil sem alterar o processo de aprendizagem durante as consultas, facilitou o manejo do paciente, diminuiu o medo, acelerou o processo de adaptação ao estresse odontológico e, quando interrompido, a atitude positiva do paciente em relação ao tratamento manteve-se.

Venham, Bengston e Cipes (1977) utilizaram quatro indicadores para verificar a resposta de crianças à assistência odontológica: a freqüência dos batimentos cardíacos, Teste Projetivo de Venham (VPT), Escalas para Avaliação Clínica da Ansiedade e do Comportamento Cooperativo. Foram selecionadas 29 crianças, com idade média de quatro anos, as quais foram submetidas a seis consultas, uma para exame clínico, quatro para tratamento restaurador e a última para polimento das restaurações e aplicação tópica de flúor.

As sessões foram divididas em três períodos, correspondentes a procedimentos odontológicos específicos, e para cada um, registraram-se os valores dos batimentos cardíacos e das escalas. Na primeira e última sessão, os escores destes três indicadores foram registrados durante o exame clínico, a profilaxia e a aplicação tópica de flúor, enquanto nas demais, quando se realizou o tratamento restaurador, os escores foram anotados durante o exame clínico, a administração do anestésico local e o preparo cavitário, obtendo-se um valor médio para cada consulta. O Teste Projetivo de Venham (VPT) foi aplicado apenas no início de cada consulta e os resultados obtidos mostraram que não ocorreram alterações significativas em relação à ansiedade durante o tratamento,

todavia, os outros três indicadores apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as seis sessões.

West, Reid e Bastawi (1983) registraram e compararam os indicadores fisiológicos (freqüência cardíaca, amplitude do pulso, resistência basal e condutibilidade da pele) de 21 crianças, na faixa etária de 6 a 12 anos, as quais foram separadas em dois grupos, segundo o nível de ansiedade estimado por seus pais. As respostas fisiológicas foram avaliadas durante um atendimento para a realização de tratamento odontológico restaurador, e os resultados não revelaram diferenças estatisticamente significativas da freqüência cardíaca e da condutibilidade da pele entre os grupos, mas a resposta basal da pele apontou diferenças entre crianças ansiosas e não ansiosas.

6.2 TÉCNICA DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL

> Quando tens um obstáculo não o contornes. Olha na direção e desafia a tua limitação, pois... obstáculo é aquilo que vemos quando perdemos de vista o nosso sonho. Lembra-te sempre que a força não está nos músculos, mas sim na autoconfiança.
>
> *Autor desconhecido*

De acordo com Sanger et al. (1992), como a odontologia tem dado crescente ênfase ao aspecto humano da relação profissional-paciente, o uso de escalas de avaliação de comportamento e sentimentos, como ansiedade, vem tornado-se cada vez mais freqüente, conforme se vê em diversas publicações científicas.

O maior problema encontrado para estudar a ansiedade é conseguir uma forma de quantificar esse sentimento. A ansiedade odontológica pode ser avaliada pela medida dos sinais fisiológicos, através de técnicas projetivas tais como desenhos de figuras humanas, através do uso de questionários, de observação do comportamento e pelo uso de escalas de avaliação

comportamental utilizadas pelo paciente ou pelo pesquisador (FRANKL; SHIERE; FOGELS, 1962).

A dificuldade, de um ponto de vista científico, está em transportar o comportamento observado para uma medida objetiva de ansiedade (PARKIN, 1988).

Segundo Winer (1982), existem consideráveis evidências mostrando que o comportamento positivo aumenta com a idade, contudo, o mesmo não pode ser comprovado em relação à ansiedade odontológica, a qual é reflexo de um quadro mais generalizado, como o medo da separação, estar com estranhos, fantasias da situação, ameaças ou sentimentos de danos ao corpo. Na visão do autor, os fatores que concorrem para o declínio destas formas mais generalizadas de ansiedade contribuem também para sua redução no ambiente odontológico. No entanto, crianças de maior idade podem continuar a sentir medo, o que muda é sua forma de expressão.

A maioria das formas de avaliação de ansiedade e do comportamento infantil é aplicada em crianças com idades acima de seis anos ou é preenchida por adultos – pais ou profissionais –, pois tratam-se de formas de avaliação que exigem certa maturidade de pensamento e capacidade de escrever, que, em geral, não se encontram em crianças com idade abaixo de seis anos (PARKIN, 1988).

Stuner et al. (1985) verificaram que, quando a escala de avaliação do comportamento da criança era completada pelos pais na sala de espera, os médicos pediatras observavam uma melhor comunicação com os pais e ótimo aproveitamento da consulta. Respondendo às escalas, os pais conseguiam organizar melhor os pensamentos em relação ao seu comportamento e ao da criança no ambiente familiar. Uma outra vantagem da utilização das escalas é que, através delas, os profissionais identificam com maior precisão as crianças com problemas psicossociais.

A Associação Americana de Psicologia possui algumas normas para

construção de testes, que são as seguintes: leitura do que realmente os autores querem avaliar, adequada confiabilidade e validade dos instrumentos (STUNER et al., 1985).

6.2.1 *Corah's Dental Anxiety Scale* (DAS)

A DAS foi primeiramente desenvolvida para medir a ansiedade e o medo em pacientes adultos no ambiente odontológico. Trata-se de um questionário que consiste de quatro itens com cinco respostas cada um. O número de pontos pode variar de quatro (pacientes não ansiosos) até vinte (pacientes extremamente ansiosos). Essa escala não tem sido tão utilizada em crianças quanto em adultos. As questões são bastante complicadas para o entendimento do paciente infantil (AARTMAN et al., 1998). Uma versão modificada, entretanto, tem sido utilizada em crianças acima de seis anos (PARKIN, 1988). As informações sobre validade e confiabilidade do DAS adaptado para crianças ainda são limitadas. São necessários estudos mais aprofundados para que essas escalas modificadas sejam utilizadas com segurança pelos pesquisadores (AARTMAN et al., 1998).

6.2.2 *Personality Scale of Manifest Anxiety* (MAS)

Este teste foi construído por Taylor, em 1953, para descrever a ansiedade crônica em pacientes adultos. Não é considerada ideal para medir experiências de ansiedade transitória ou aguda. É o teste mais utilizado para avaliar a ansiedade das mães em pesquisas científicas. Consiste de 28 itens, de fácil aplicação, fácil entendimento, e tem uma boa aceitação no campo da Psicologia, porque, além de ser de fácil administração e amplamente usado, possui excelente confiabilidade (JONHSON; BALDWIN, 1968, 1969). Uma versão modificada para pré-adolescentes (9 a 12 anos) foi utilizada para estudar o nível de ansiedade deles (BAILEY; TALBOT; TAYLOR, 1973).

6.2.3 *Children's Fear Survey Schedule – Dental Subscale* (CFSS-DS)

Também chamada Lista dos Medos Infantis – Sub-Escala Odontológica –, esta escala de avaliação do medo em crianças consiste de 15 itens, cada qual relacionado com diferentes aspectos da situação odontológica. As crianças avaliam seus níveis de ansiedade na gradação de um a cinco pontos em cada item, variando de um (nenhum medo) a cinco (muito medo). É basicamente utilizada em crianças acima de seis anos (KLINGBERG et al., 1995).

6.2.4 *Venham Pictures Test* (VPT)

É um instrumento no qual se usa um conjunto de figuras, entre as quais a criança escolhe a que mais se identifica com ela no momento. Esse teste mede o estado de ansiedade. Às crianças são apresentados oito pares de figuras de outras crianças. Essas figuras expressam várias reações e, diante delas, as crianças são estimuladas a escolher as figuras que mais refletem suas emoções. A figura que, em cada par, revela o sentimento negativo da criança está incluída numa escala de avaliação de zero a oito. O VPT é fácil de administrar, demanda pouco tempo; seus idealizadores defendem seu uso em crianças de três a cinco anos (VENHAM; BENGSTON; CIPES, 1977).

6.2.5 Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL

Introduzida por Frankl, Shiere e Fogels (1962), a escala propicia uma avaliação do comportamento através da observação em quatro graus; definitivamente negativo, levemente negativo, levemente positivo, definitivamente positivo. O método de classificação de FRANKL é atualmente o principal método empregado para avaliação do comportamento. Sua popularidade como instrumento de pesquisa tem sido proveniente de três características; é funcional, isto tem sido demonstrado através do uso repetido; é passível de quantificação, uma vez que ele possui quatro categorias, valores numéricos podem ser

determinados de acordo com o comportamento observado; é um instrumento seguro, um alto nível de concordância entre os examinadores pode se obtido (GIGLIO et al., 1977).

7 METODOLOGIA

7.1 APROVAÇÃO

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), sendo observados e respeitados todos os requisitos e normas da Resolução n. 196/96, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Resolução n. 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia (CFP) de 20 de dezembro de 2000, durante sua execução.

7.2 OBJETIVOS

As propostas do presente estudo foram:

a) pesquisar a representação social da odontologia para os responsáveis de crianças que necessitam tratamento odontológico;

b) avaliar a ansiedade e o comportamento de crianças da Clínica de Odontopediatria, do Sindicato dos Cirurgiões Dentistas de Mato Grosso do Sul (SIOMS), de Campo Grande-MS, na faixa etária de três a dez anos, face ao atendimento odontopediátrico, utilizando como instrumento: a Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL e o monitoramento da freqüência cardíaca;

c) avaliar a correlação da representação social da odontologia e ansiedade do responsável como fatores influenciadores da ansiedade odontológica infantil, utilizando-se como instrumento, questionário fechado e Escala de Ansiedade Odontológica (DAS).

7.3 PARTICIPANTES

Foram selecionadas 30 crianças de ambos os gêneros, na faixa etária de 3 a 10 anos de idade, usando-se como critério de inclusão bom estado de saúde geral. Estas crianças são atendidas por alunos da Clínica Odontológica do Curso de Especialização em Odontopediatria do Sindicato dos Cirurgiões Dentistas na cidade de Campo Grande – Mato Grosso do Sul (SIOMS), onde o tratamento é gratuito, levando atendimento a crianças de nível socioeconômico baixo.

O curso acontece uma vez por mês, e recebe o nome de módulo, que acontece em três dias seguidos da semana. Em cada um destes módulos são assistidas em média 100 crianças.

Todas as crianças estavam acompanhadas de um responsável (pai, mãe, avô, avó ou irmão), que também tiveram participação voluntária nesta pesquisa.

Depois de selecionadas as crianças dentro da faixa etária pertinente, ou seja, crianças, capazes de análise segundo a metodologia escolhida, a pesquisadora optou por um dos dias do módulo onde os acompanhantes estivessem presentes num mesmo horário, para que o convite fosse oferecido da mesma forma a todos.

A coleta de dados ocorreu em sessão única, onde a pesquisadora esclareceu aos responsáveis os objetivos da pesquisa e os procedimentos a serem realizados, obtendo dos mesmos, o consentimento livre esclarecido e os dados de identificação da criança (Apêndice A).

Todas as crianças foram atendidas nesta mesma sessão na Clínica Odontológica do SIOMS.

7.4 APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS AOS RESPONSÁVEIS

Um questionário fechado foi aplicado aos responsáveis pelas crianças, para saber qual a representação social do cirurgião dentista, bem como de

experiências odontológicas prévias e a influência negativa de terceiros em relação ao tratamento odontológico da criança. Este questionário foi elaborado pela pesquisadora, após levantamento bibliográfico a respeito, com perguntas simples e de fácil compreensão (Apêndice B).

Com o objetivo de estimar a ansiedade do responsável ao tratamento odontológico, foi respondida, pelos mesmos, a Escala de Ansiedade Odontológica (DAS – *Dental Anxiety Scale*), proposta por Corah em 1969 (Anexo A).

Chamada *Corah's Dental Anxiety Scale* (DAS), foi inicialmente desenvolvida para medir a ansiedade e o medo em pacientes adultos em relação ao tratamento odontológico. Refere-se a um questionário que consiste de quatro itens com cinco respostas cada um. O número de pontos varia de 4 (pacientes não ansiosos) a 20 (pacientes extremamente ansiosos). Por se tratar de questões um tanto quanto complexas para o entendimento infantil, tem sido utilizada basicamente apenas em adultos (AARTMAN et al., 1998).

7.5 APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS NAS CRIANÇAS

O comportamento das crianças, antes, durante e após a sessão odontológica foi observado pela pesquisadora, desde o momento da separação do responsável até o fim da realização dos procedimentos. A pesquisadora preencheu um a um os questionários referentes à Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL, introduzida por Frankl, Shiere e Fogels (1962) (Anexo B).

A escala de Classificação de Comportamento de FRANKL propicia uma avaliação do comportamento através da observação em quatro graus, definitivamente negativo, levemente negativo, definitivamente positivo, levemente positivo. Este é atualmente o principal método empregado para avaliação do comportamento. Sua popularidade como instrumento de pesquisa deve-se a três características, segundo Giglio et al. (1997):

a) é funcional, conforme demonstra seu uso repetido;

b) é passível de quantificação, uma vez que ela possui quatro categorias, valores numéricos que podem ser determinados de acordo com o comportamento observado;

c) é um instrumento seguro, em que alto nível de concordância entre os examinadores pode ser obtido.

A ansiedade odontológica infantil foi estimada pelo monitoramento dos batimentos cardíacos antes e após a assistência odontológica. Para tal avaliação foi utilizado o aparelho chamado Polar World, logo após explicação dada a criança sobre o funcionamento do mesmo. A freqüência dos batimentos cardíacos foi registrada antes do início dos procedimentos e logo após o término do atendimento da criança, a fim de avaliar a possível alteração da mesma (Apêndice C).

7.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS OBTIDOS

Os testes aplicados para análise dos dados obtidos foram: Teste de uma proporção, e Teste exato de Fisher.

Os dados obtidos foram processados e tabulados utilizando-se o *software Minitab Statistical Software Release 13 for Windows*.

A prova de Fisher é utilizada quando a amostra é pequena e se deseja verificar se dois conjuntos diferem na proporção de uma determinada classificação, por exemplo, a proporção de crianças com comportamento negativo face ao tratamento odontológico, entre os responsáveis ansiosos e não ansiosos.

8 RESULTADOS

A análise dos dados consistirá em apresentar a representação social do cirurgião dentista e fatores influenciadores desta representação social. Dentre os quais irá se considerar, sobre as crianças, a Classificação de Comportamento de FRANKL, a diferença de freqüência cardíaca entre o início e término do tratamento e suas associações com a ansiedade odontológica do responsável medida via DAS.

8.1 REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO CIRURGIÃO DENTISTA

Quanto ao perfil dos responsáveis pelas crianças atendidas no programa, identificou-se que a maioria significativa (teste de uma proporção, p-valor < 0,001) compõe-se de mulheres (85,7%) (Tabela 1, Gráfico 1).

TABELA 1 - Distribuição do número e percentual de responsáveis segundo gênero e escolaridade

Escolaridade	**Gênero**				**Total**
	Feminino		**Masculino**		
	n.	**%**	**n.**	**%**	
Primeiro Grau incompleto	4	16,7	1	25,0	5 (17,9%)
Primeiro Grau completo	6	25,0	1	25,0	7 (25,0%)
Segundo Grau incompleto	7	29,2	-	0,0	7 (25,0%)
Segundo Grau completo	6	25,0	-	0,0	6 (21,4%)
Superior incompleto	1	4,1	2	50,0	3 (10,7%)
Total	**24**	**85,7**	**4**	**13,3**	**28 (100,0)**

Obs: 2 responsáveis não informaram a sua escolaridade.

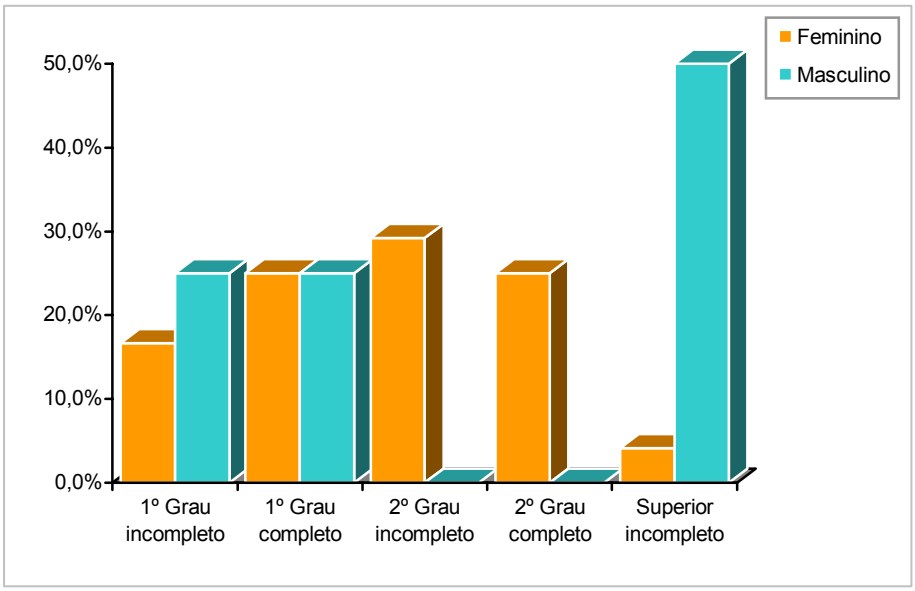

GRÁFICO 1 - Distribuição do número e percentual de responsáveis segundo gênero e escolaridade.

O grau de escolaridade dos responsáveis distribui-se uniformemente, com uma minoria de responsáveis com curso superior incompleto, algo esperado, pois o programa atende preferencialmente pessoas de baixo poder aquisitivo e a renda, normalmente, possui alta associação estatística com a escolaridade.

No que se refere à desistência do responsável do último tratamento odontológico, a maioria significativa, 76,7% (teste de uma proporção; p-valor = 0,005) dos responsáveis não desistiu do último tratamento (Tabela 2, Gráfico 2).

TABELA 2 - Distribuição dos responsáveis segundo a permanência até o final do último tratamento

Situação	**Responsável**	
	n.	**%**
Não	23	76,7
Sim	7	23,3
Total	**30**	**100,0**

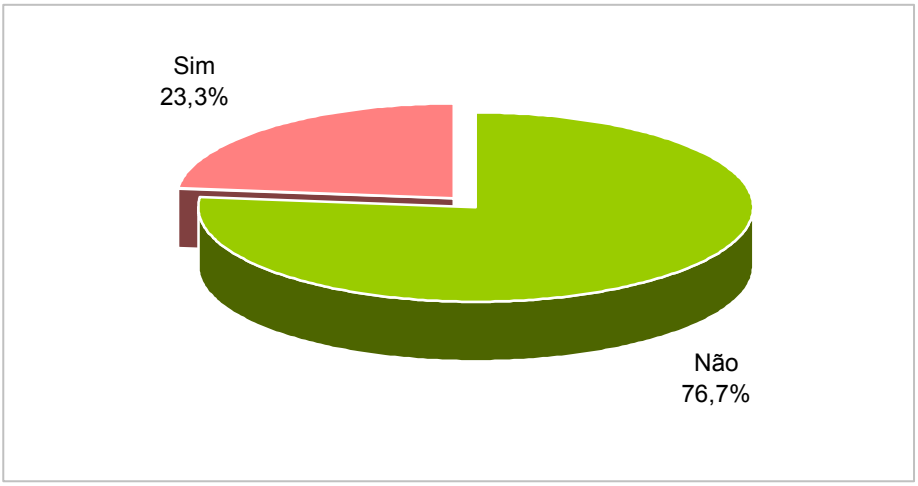

GRÁFICO 2 - Distribuição dos responsáveis segundo a permanência até o final do último tratamento.

A maioria significativa, 86,7% (teste de uma proporção; p-valor < 0,0001) dos responsáveis não se sentiu traumatizada no último tratamento odontológico (Tabela 3, Gráfico 3).

TABELA 3 - Distribuição dos responsáveis segundo a presença de trauma no último tratamento odontológico

Situação	**Responsável**	
	n.	**%**
Não	26	86,7
Sim	4	13,3
Total	**30**	**100,0**

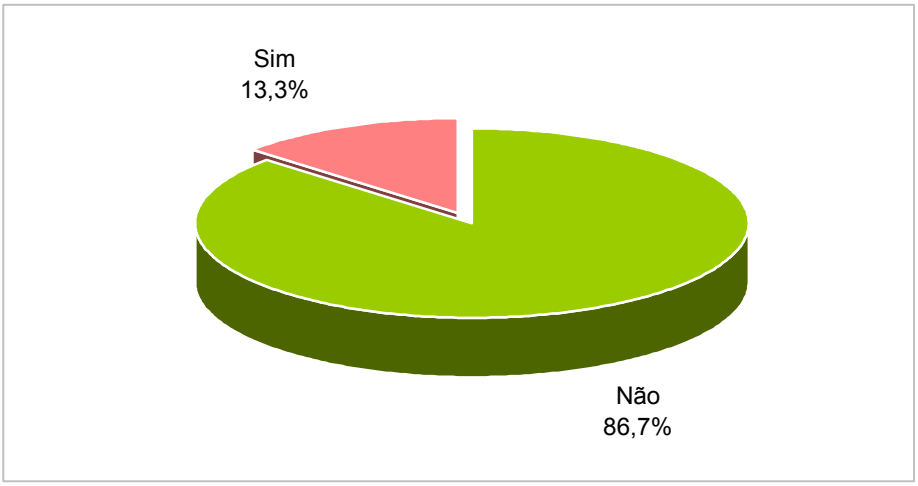

GRÁFICO 3 - Distribuição dos responsáveis segundo a presença de trauma no último tratamento odontológico.

Sobre quando pensa no dentista o que lhe vem à mente, a maioria significativa (teste de uma proporção, p-valor = 0,016) dos responsáveis, 73,3% tem uma imagem negativa (pensa em custo, medo e/ou dor). Na Tabela 4 e Gráfico 4 apresenta-se a distribuição destes sentimentos. Nesta questão, o indivíduo podia marcar mais de uma alternativa.

TABELA 4 - Distribuição dos responsáveis segundo o que lhe vem à mente quando pensa no dentista

O que vem à mente	**Responsável**	
	n.	**%**
Medo	14	46,7
Dor	7	23,3
Custo	11	36,7
Satisfação	8	26,7

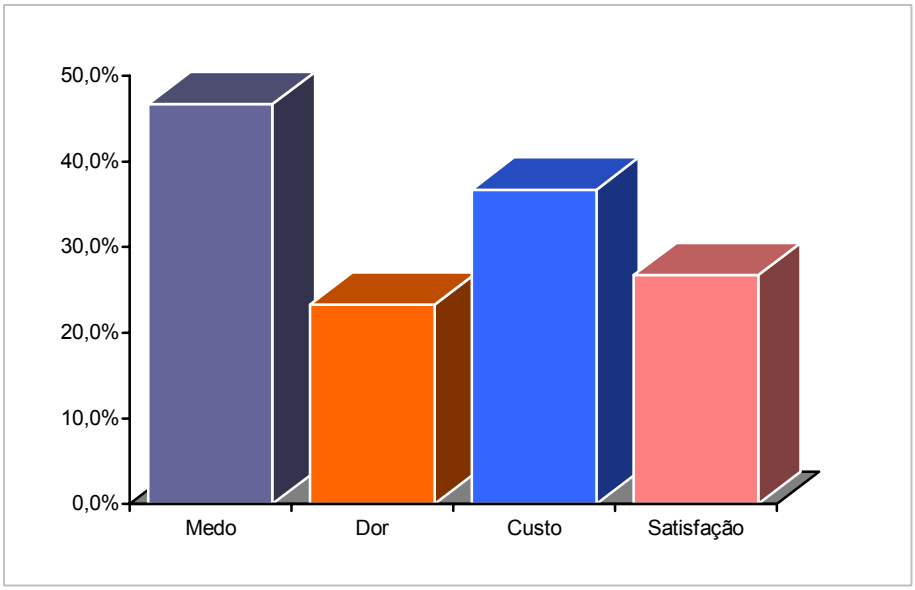

GRÁFICO 4 - Distribuição dos responsáveis segundo o que lhe vem à mente quando pensa no dentista.

Quando questionados sobre se seu filho(a) já escutou relatos desagradáveis ou ruins sobre o atendimento odontológico por parte de familiares, 60,0% das crianças (teste de uma proporção; p-valor = 0,36) não havia escutado nenhum relato desagradável no atendimento odontológico por parte de familiares (Tabela 5, Gráfico 5).

TABELA 5 - Distribuição das crianças segundo a escuta de relatos desagradáveis no atendimento odontológico por parte de familiares

Situação	**Crianças**	
	n.	**%**
Não	18	60,0
Sim	12	40,0
Total	**30**	**100,0**

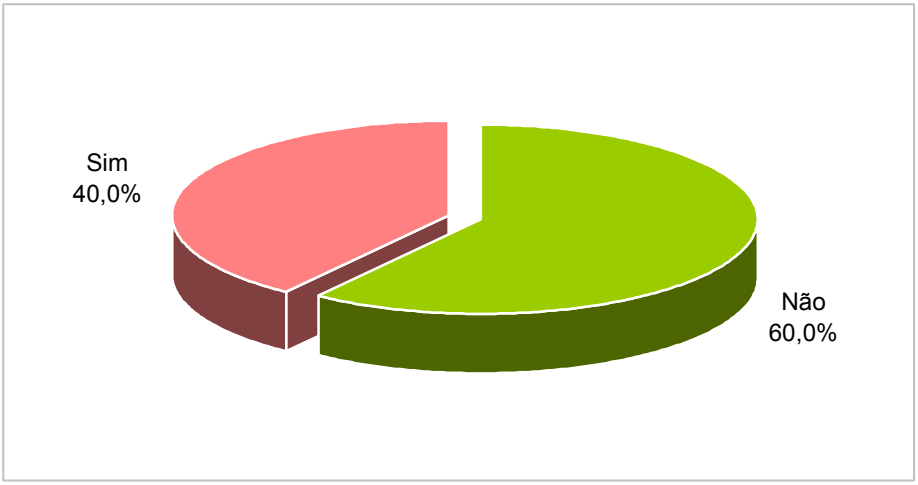

GRÁFICO 5 - Distribuição das crianças segundo a escuta de relatos desagradáveis no atendimento odontológico por parte de familiares.

No que se refere à ansiedade odontológica do responsável medida pelo DAS (*Dental Anxiety Scale*), pode-se ver que a proporção de responsáveis ansiosos (36,7%) não difere significativamente (teste de uma proporção, p-valor = 0,20) de 50%, isto é, metade dos responsáveis conduz as crianças para o tratamento odontológico apresentando um certo grau de ansiedade odontológica medido via DAS[15] (Tabela 6, Gráfico 6).

TABELA 6 - Distribuição dos responsáveis segundo a presença de ansiedade odontológica medida pela escala DAS

DAS	**Responsáveis**	
	n.	**%**
Não ansioso	19	63,3
Ansioso	11	36,7
Total	**30**	**100,0**

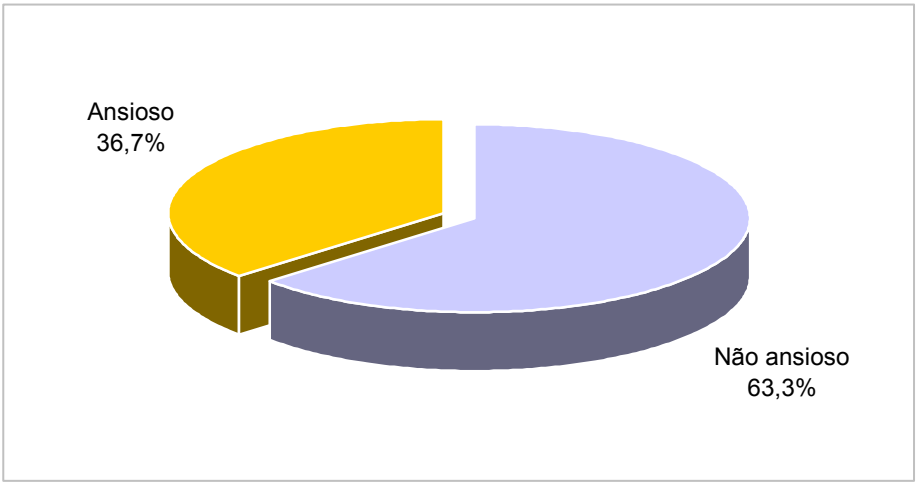

GRÁFICO 6 - Distribuição dos responsáveis segundo a presença de ansiedade odontológica medida pela escala DAS.

[15] Indivíduos com DAS ≥ 12 foram considerados ansiosos.

A seguir será analisada a associação entre ansiedade odontológica do responsável pelo DAS e os aspectos considerados do perfil do responsável.

Em relação à ansiedade odontológica do responsável e à desistência do último tratamento odontológico observa-se que não existe associação significativa entre a desistência do responsável ao último tratamento odontológico e a sua ansiedade (medida via teste exato de Fisher = 0,31), isto é, a proporção de ansiosos entre aqueles que desistiram do tratamento (3/7 = 42,9%) é semelhante à proporção de ansiosos entre aqueles que não desistiram do tratamento (8/23 = 34,8%) (Tabela 7, Gráfico 7).

TABELA 7 - Distribuição da desistência do responsável no último tratamento odontológico e sua ansiedade segundo DAS

Desistiu do tratamento	**DAS**		
	Não ansioso	**Ansioso**	**Total**
Não	15 (65,2%)	8 (34,8%)	23 (76,7%)
Sim	4 (57,1%)	3 (42,9%)	7 (23,3%)
Total	**19 (63,3%)**	**11 (36,7%)**	**30 (100,0%)**

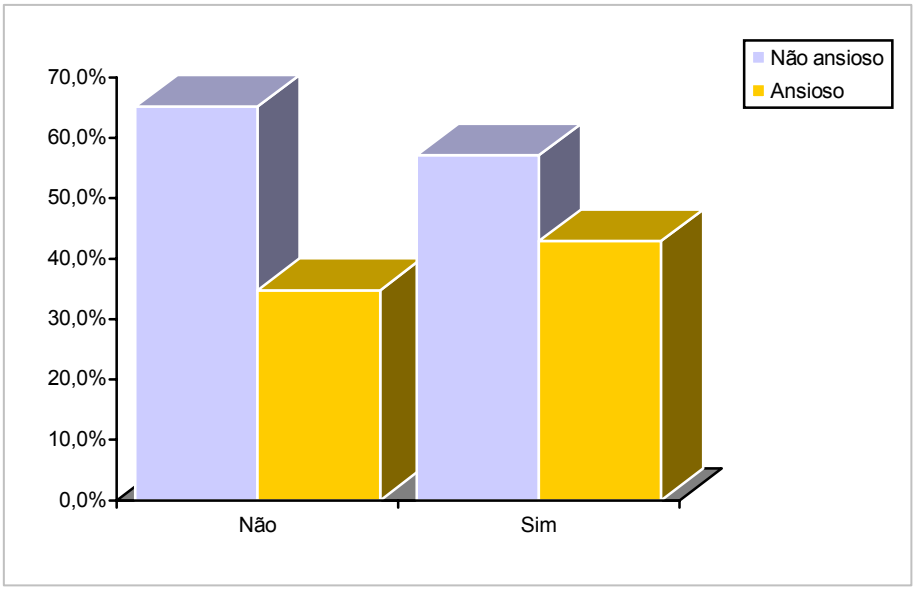

GRÁFICO 7 - Distribuição da desistência do responsável no último tratamento odontológico e sua ansiedade segundo DAS.

Na análise da ansiedade odontológica do responsável e presença de trauma no último tratamento odontológico, identificou-se que a existência de algum tipo de trauma em relação ao tratamento odontológico não está associada significativamente à ansiedade do responsável (medida via teste exato de Fisher = 0,11) (Tabela 8, Gráfico 8).

TABELA 8 - Distribuição dos responsáveis segundo a existência de trauma no último tratamento odontológico com a ansiedade do responsável

Presença de trauma	**DAS**		
	Não ansioso	**Ansioso**	**Total**
Não	18 (69,2%)	8 (30,8%)	26 (76,7%)
Sim	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (23,3%)
Total	**19 (63,3%)**	**11 (36,7%)**	**30 (100,0%)**

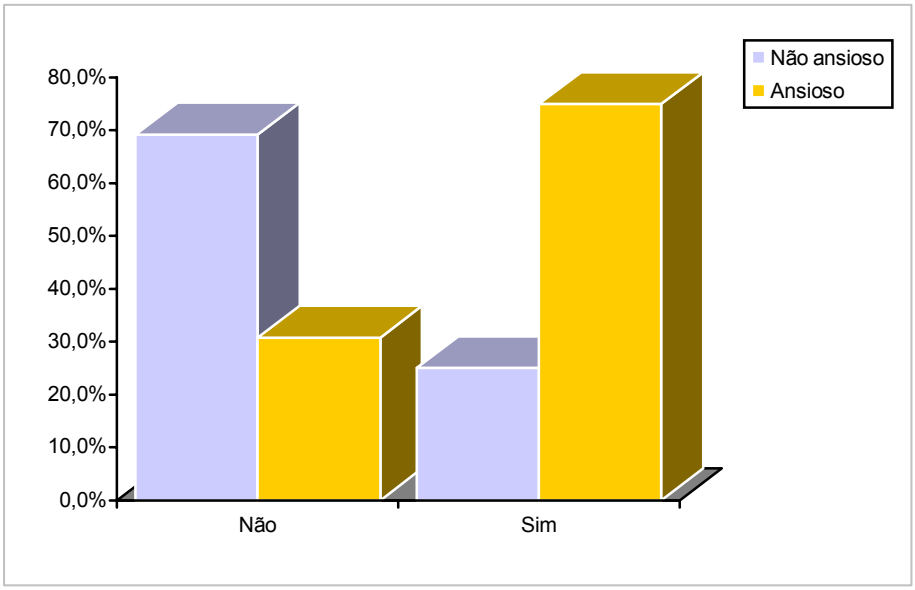

GRÁFICO 8 - Distribuição dos responsáveis segundo a existência de trauma no último tratamento odontológico com a ansiedade do responsável.

Sobre a ansiedade odontológica do responsável e o que lhe vem à mente quando pensa no dentista, identificou-se que não depende se o mesmo está ansioso ou não, segundo o DAS (Tabela 9, Gráfico 9).

TABELA 9 - Distribuição dos responsáveis segundo o que lhe vem à mente quando pensa no dentista e sua ansiedade odontológica

O quem vem à mente	DAS		
	Não ansioso	**Ansioso**	**Total**
Medo	10 (33,3%)	4 (13,3%)	14 (46,6%)
Dor	3 (10,0%)	4 (13,3%)	7 (23,3%)
Custo	6 (20,0%)	5 (30,7%)	11 (36,7%)
Satisfação	6 (20,0%)	2 (6,7%)	8 (26,7%)

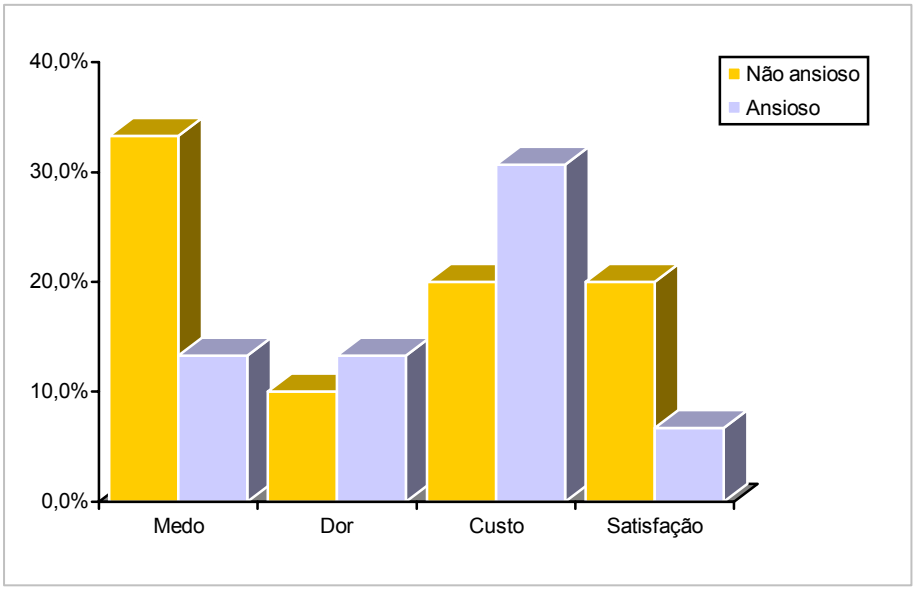

GRÁFICO 9 - Distribuição dos responsáveis segundo o que lhe vem à mente quando pensa no dentista e sua ansiedade odontológica.

Sobre a correlação da ansiedade odontológica do responsável e o filho já ter escutado relatos desagradáveis ou ruins sobre o atendimento odontológico por parte de familiares, observou-se que a ansiedade odontológica do responsável não está associada (Teste Qui-Quadrado, p-valor = 0,69) ao fato do filho ter escutado tais relatos. Isto pode ser visto na Tabela 10 e Gráfico 10, onde a proporção de crianças que escutaram algum relato desagradável envolvendo familiares é semelhante entre aqueles pais ansiosos, 45,4% (5/11) e aqueles não ansiosos 36,9% (7/19).

TABELA 10 - Distribuição dos responsáveis segundo a ansiedade odontológica e a escuta dos filhos de episódio ruim ou desagradável sobre atendimento odontológico envolvendo algum familiar

Situação da criança	**DAS**		
	Não ansioso	**Ansioso**	**Total**
Não escutou relato	12 (63,1%)	6 (54,6%)	18 (76,7%)
Sim escutou relato	7 (36,9%)	5 (45,4%)	12 (23,3%)
Total	**19 (63,3%)**	**11 (36,7%)**	**30 (100,0%)**

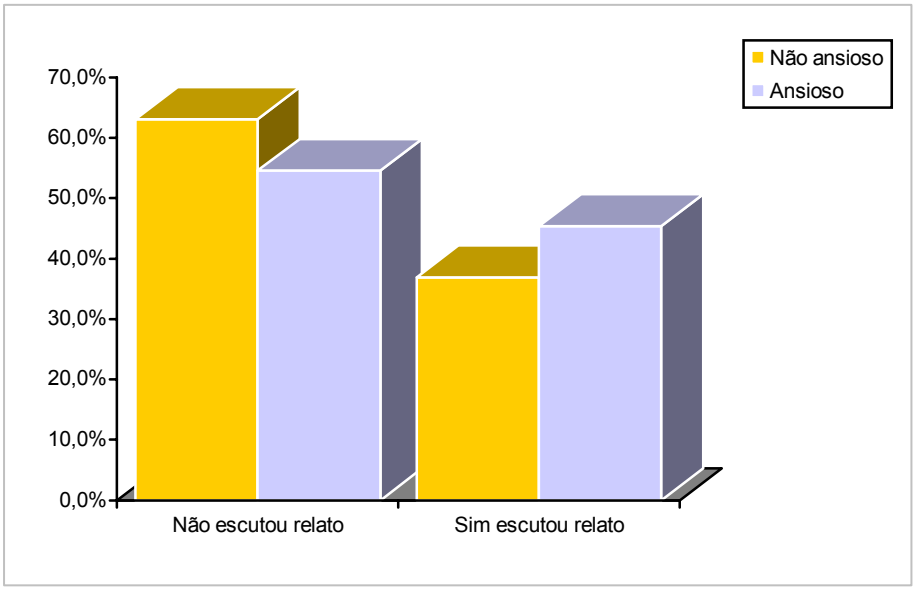

GRÁFICO 10 - Distribuição dos responsáveis segundo a ansiedade odontológica e a escuta dos filhos de episódio ruim ou desagradável sobre atendimento odontológico envolvendo algum familiar.

8.2 FATORES INFLUENCIADORES

Entre os fatores influenciadores irá se considerar o perfil da criança, sua avaliação comportamental segundo a Classificação de Comportamento de FRANKL, a diferença de freqüência cardíaca entre início e final do tratamento e suas associações com a ansiedade odontológica dos responsáveis, medida via DAS.

A seguir, apresenta-se um perfil das crianças amostradas no estudo, segundo sexo e idade e também, um perfil complementar do responsável segundo o parentesco em relação à criança atendida.

Pode-se ver na Tabela 11 e Gráfico 11 que não existe diferença significativa (medida via teste de uma proporção, p-valor = 0,86) na distribuição das crianças segundo o sexo.

TABELA 11 - Distribuição do número e percentual das crianças atendidas, segundo gênero e faixa etária

Faixa etária	Gênero				Total
	Feminino		Masculino		
	n.	%	n.	%	
3 a 4 anos	7	50,0	9	53,3	16 (17,9%)
5 a 6 anos	2	14,3	2	13,3	4 (25,0%)
7 a 8 anos	1	7,1	4	16,7	5 (25,0%)
9 a 10 anos	4	28,6	1	16,7	5 (21,4%)
Total	**14**	**46,7**	**16**	**53,3**	**30 (100,0)**

Obs: 2 responsáveis não informaram a sua escolaridade.

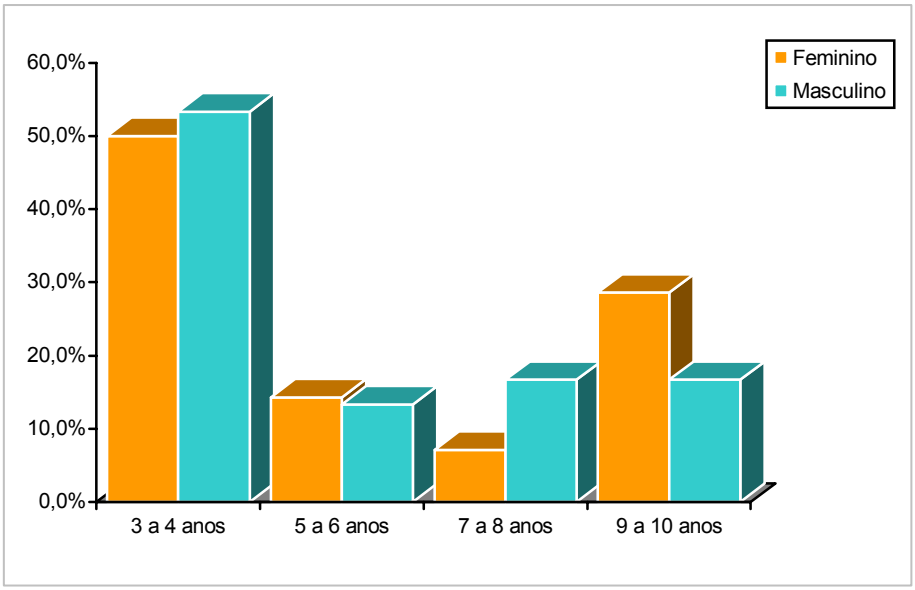

GRÁFICO 11 - Distribuição do número e percentual das crianças atendidas segundo gênero e faixa etária.

No que se refere ao perfil complementar dos responsáveis segundo o grau de parentesco, apresenta-se na Tabela 12 e Gráfico 12 que a função de levar a criança ao dentista é exercida prioritariamente pela mãe (teste de uma proporção, p-valor = 0,005).

TABELA 12 - Distribuição percentual do grau de parentesco do responsável

Parentesco	**Responsáveis**	
	n.	**%**
Mãe	23	76,7
Pai	3	10,0
Irmã	1	3,3
Avô	1	3,3
Avó	2	6,7
Total	**30**	**100,0**

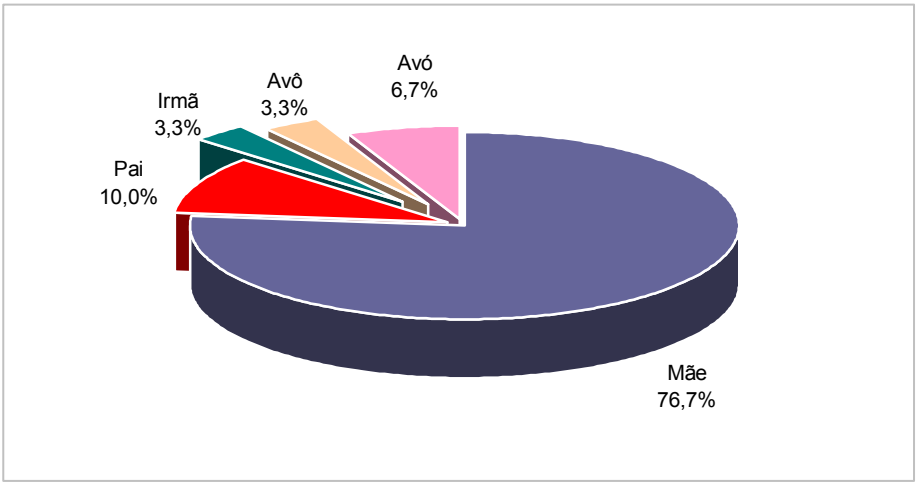

GRÁFICO 12 - Distribuição percentual do grau de parentesco do responsável

Apresenta-se aqui o perfil resumo das crianças atendidas pelo programa e seus responsáveis, sendo que as crianças atendidas pelo programa dividem-se uniformemente segundo sexo e faixa etária entre 3 e 10 anos. Os responsáveis prioritariamente são as mães.

Mediu-se o comportamento da criança em relação ao tratamento odontológico via Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL. Observa-se que a maioria (70%) significativa (medida via teste de uma proporção, p-valor = 0,04) das crianças apresenta um comportamento positivo em relação ao tratamento odontológico. A partir deste momento, quando se tratar da Classificação de Comportamento de Frankl, estar-se-á considerando somente um comportamento negativo (junção da classificação Definitivamente Negativo e Levemente Negativo) e positivo (junção da classificação Definitivamente Positivo e Levemente Positivo) devido à impossibilidade estatística (baixa freqüência de casos) para aplicação do Teste Qui-Quadrado na verificação de associações (Tabela 13, Gráfico 13).

TABELA 13 - Distribuição das crianças segundo a Classificação de Comportamento de FRANKL

Visão do dentista	**Crianças**	
	n.	**%**
Definitivamente Negativo	-	-
Levemente Negativo	9	30,0
Levemente Positivo	8	26,7
Definitivamente Positivo	13	43,3
Total	**30**	**100,0**

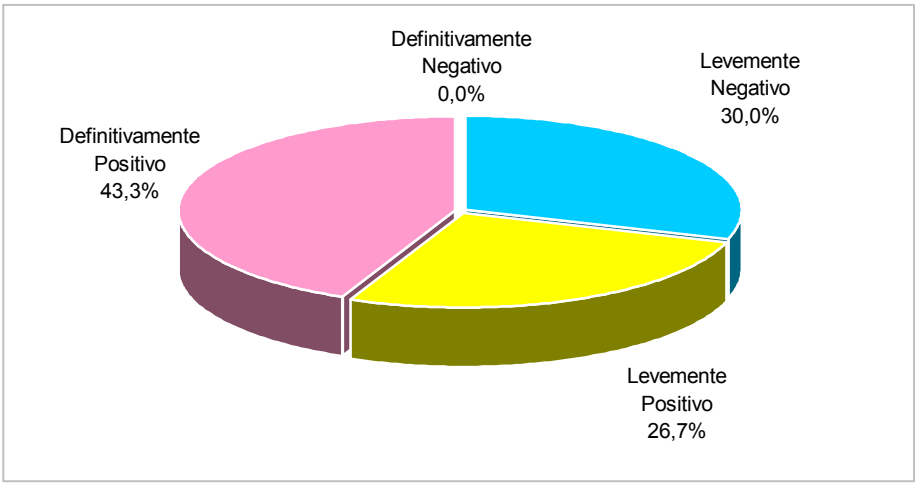

GRÁFICO 13 - Distribuição das crianças segundo a Classificação de Comportamento de FRANKL.

Além de verificar o comportamento da criança face ao tratamento odontológico, analisou-se o efeito do atendimento sobre o estado emocional da criança através da diferença da freqüência cardíaca medida entre o início e o final (batimento cardíaco no início menos batimento cardíaco no final) do atendimento. A seguir, serão apresentados os pontos para estas diferenças. A diferença média estimada foi de 5,17 (a um nível de 95% de confiança, está entre 2,48 e 7,86) e pode-se afirmar que difere significativamente de 0 (teste t-Student para média, p-valor = 0,0005) (Tabela 14, Gráfico 14).

TABELA 14 - Distribuição das crianças segundo a diferença de freqüência cardíaca (batimentos por minuto) entre o início e o final do atendimento

Diferença da freqüência cardíaca	**Crianças**	
	n.	**%**
-5 ├─ 0	7	23,3
0 ├─ 5	12	40,0
5 ├─ 10	2	6,7
10 ├─ 15	6	20,0
15 ├─ 20	1	3,3
20 ├─ 25	2	6,7
Total	**30**	**100,0**

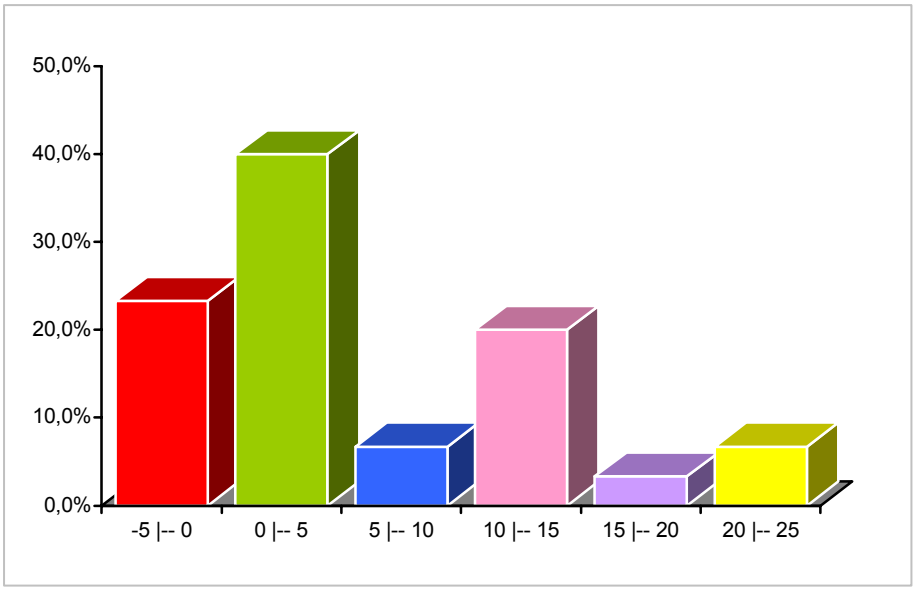

GRÁFICO 14 - Distribuição das crianças segundo a diferença de freqüência cardíaca (batimentos por minuto) entre o início e o final do atendimento.

No Gráfico 14 pode-se ver que existe uma predominância de diferenças na freqüência cardíaca das crianças entre o início e o final do atendimento, em torno de zero; observa-se que 50% (mediana) das crianças tiveram uma alteração na freqüência cardíaca inferior ou igual a dois batimentos por minuto, ou seja, apesar de estatisticamente, a diferença na freqüência cardíaca ser significativa, o valor é clinicamente insignificante.

É interessante notar que, apesar de se ver que a maioria dos responsáveis mostra-se ansiosa com o atendimento odontológico, isso não se refletiu nas crianças, as mesmas apresentaram um comportamento positivo frente ao tratamento odontológico e, apesar de apresentarem uma diminuição estatisticamente significativa na freqüência cardíaca, entre o início e o final do atendimento, a diminuição é insignificante do ponto de vista clínico.

A falta de associação estatística (medida pelo teste Exato de Fisher = 0,12) entre a ansiedade dos responsáveis e o comportamento das crianças pode ser vista na Tabela 15 e Gráfico 15; a falta de associação deve-se, provavelmente, ao número reduzido de crianças estudadas, pois o p-valor = 0,12, sugere que numa amostra maior esta associação pode ser significativa. Isto pode ser exemplificado pelo fato de que, nas 30 crianças amostradas, 21 delas (2/3) apresentam um comportamento associativo, em 15 delas o responsável encontrava-se não ansioso e elas apresentavam uma perspectiva positiva do dentista e em 5 os responsáveis estavam ansiosos e as crianças apresentavam um comportamento negativo frente à situação odontológica.

TABELA 15 - Distribuição cruzada do comportamento da criança na situação odontológica e a ansiedade do responsável

Comportamento	**DAS**		
	Não ansioso	**Ansioso**	**Total**
Negativo	4 (44,4%)	5 (55,6%)	9 (76,7%)
Positivo	15 (71,4%)	6 (28,6%)	21 (23,3%)
Total	**19 (63,3%)**	**11 (36,7%)**	**30 (100,0%)**

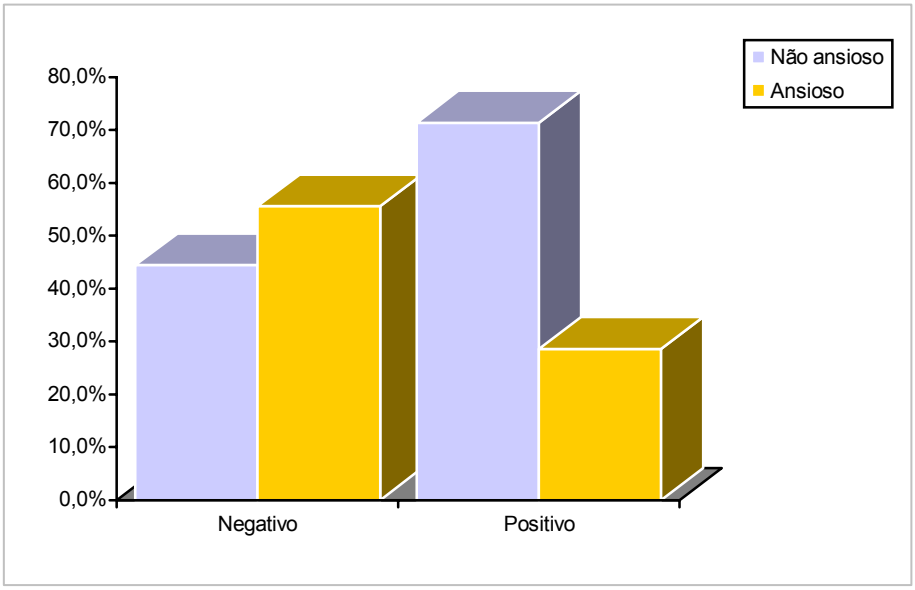

GRÁFICO 15 - Distribuição cruzada do comportamento da criança na situação odontológica e a ansiedade do responsável.

O que seria uma completa associação entre ansiedade dos responsáveis e o comportamento da criança frente ao tratamento odontológico? Seria as 30 crianças estarem dispostas na Tabela 15 nas classificações: responsável ansioso e criança com comportamento negativo e responsável não ansioso e criança com comportamento positivo, o que não aconteceu.

A seguir, serão analisados o comportamento da diferença cardíaca entre o início e o final do atendimento e a sua relação com o comportamento da criança na situação odontológica e o grau de ansiedade do responsável. Esta análise é importante porque a freqüência cardíaca é um indicador objetivo do comportamento da criança enquanto que as respostas ao questionário têm um caráter mais subjetivo, podendo estar contaminado com alguma imprecisão (Tabela 16, Gráfico 16).

Assim, se o que se analisou até agora for coerente, serão encontradas diferenças estatísticas significativas entre a freqüência cardíaca inicial e final no atendimento maiores entre aquelas crianças que apresentam um comportamento

negativo frente à situação odontológica do que entre aquelas que apresentam um comportamento positivo.

Também não deverão ser encontradas diferenças significativas entre a freqüência cardíaca inicial e final ao atendimento daquelas crianças cujos responsáveis estavam ansiosos ou não.

TABELA 16 - Relação entre a diferença de freqüência cardíaca e o comportamento da criança frente ao tratamento odontológico (segundo Frankl).

Diferença da freqüência cardíaca	**Comportamento (%)**	
	Negativo	**Positivo**
-5 ├─ 5	5,3	94,7
5 ├─ 15	75,0	25,0
15 ├─ 25	66,7	33,3
Total	**30,0**	**70,0**

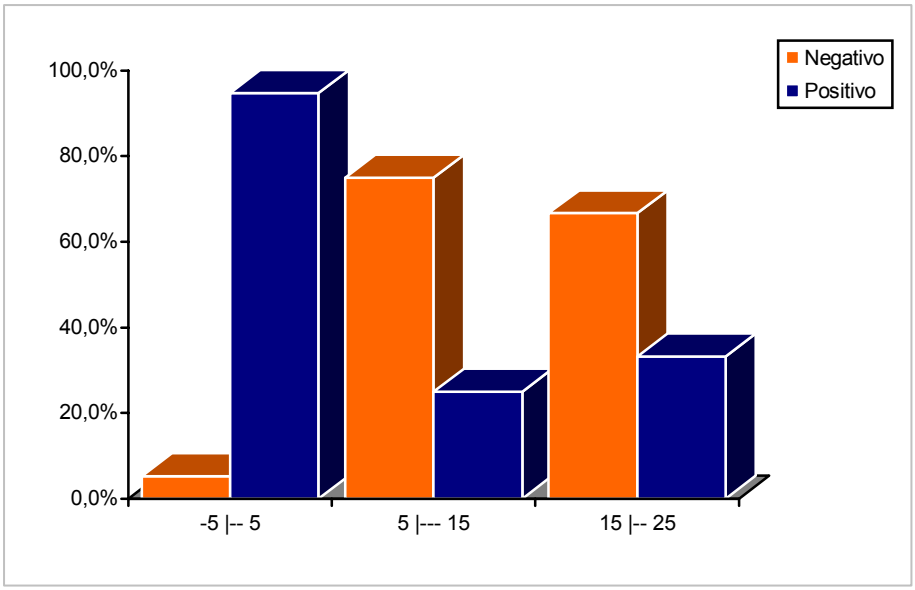

GRÁFICO 16 - Relação entre a diferença de freqüência cardíaca e o comportamento da criança frente ao tratamento odontológico (segundo Frankl).

Observa-se no Gráfico 16 que as diferenças cardíacas entre as crianças que têm um comportamento negativo tendem a apresentar valores maiores. Isto fica evidenciado nas Tabelas 17 e 18, que apresentam dois testes aplicados para verificar se havia diferenças entre os dois grupos (crianças com comportamento positivo e negativo frente ao tratamento odontológico). Os testes aplicados foram da mediana de Mood e da diferença de média via t-Student. Pode-se observar que ambos mostram diferenças significativas entre os dois grupos (Tabelas 19-21 e Gráfico 17).

TABELA 17 - Análise de freqüência cardíaca da criança, de acordo com o teste da mediana de Mood frente ao comportamento na situação odontológica (FRANKL)

Comportamento da criança	Diferença mediana da freqüência cardíaca	Q3 – Q1
Negativo	10,0	9,5
Positivo	1,0	3,5

Obs.: há diferença significativa entre os grupos ; p-valor = 0,000 (teste da mediana de Mood).

TABELA 18 - Análise de freqüência cardíaca da criança, de acordo com o teste t-Student frente ao comportamento na situação odontológica (FRANKL)

Comportamento da criança	n.	Diferença média de freqüência cardíaca	Intervalo estimado para a diferença de F C com 95% de confiança
Negativo	9	11,8	(4,1; 14,7)
Positivo	21	2,3	

Obs.: há diferença significativa entre os grupos; p-valor = 0,002.

TABELA 19 - Relação entre a freqüência cardíaca e a ansiedade do responsável

Diferença da freqüência cardíaca	Comportamento (%)	
	Não ansioso	Ansioso
-5 ├─ 5	26,3	73,7
5 ├─ 15	62,5	37,5
15 ├─ 25	33,3	66,7
Total	**36,7**	**63,3**

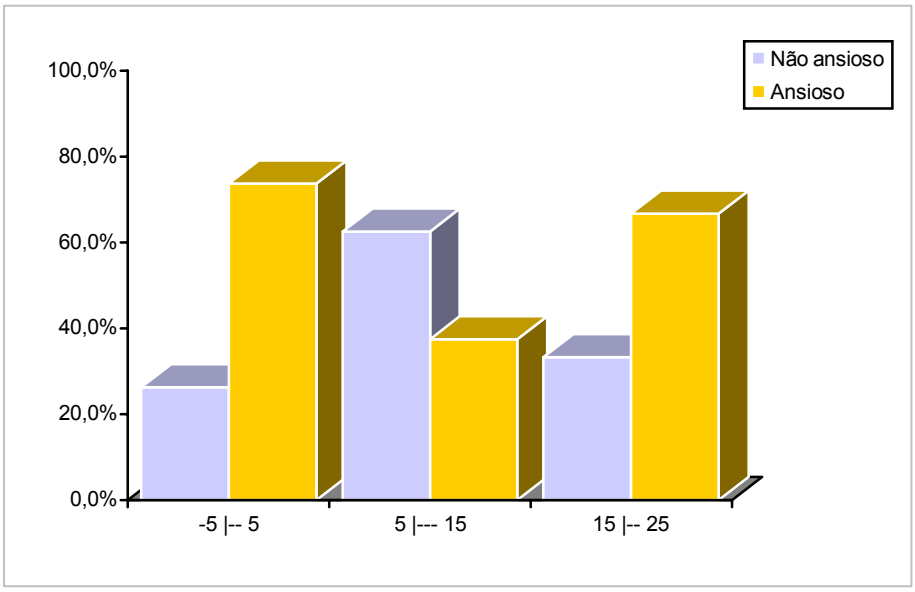

GRÁFICO 17 - Relação entre a freqüência cardíaca e a ansiedade do responsável.

TABELA 20 - Análise da diferença de freqüência cardíaca da criança, de acordo com o teste t-Student entre as crianças, segundo a ansiedade do responsável

Ansiedade do responsável	n.	Diferença média de freqüência cardíaca	Intervalo estimado para a diferença de F C com 95% de confiança
Ansioso	19	4,05	(-3,1; 9,1)
Não ansioso	11	7,09	

Obs.: não há diferença significativa p-valor = 0,31.

TABELA 21 - Análise de freqüência cardíaca da criança, de acordo com o teste da mediana de Mood frente à ansiedade do responsável

Comportamento da criança	Diferença mediana da freqüência cardíaca	Intervalo estimado para a diferença de F C com 95% de confiança
Ansioso	2,00	(-4,00;10,00)
Não ansioso	9,00	

Obs.: não há diferença significativa; p-valor = 0,16.

8.3 ANÁLISES ADICIONAIS

A ansiedade do responsável e o comportamento da criança em relação ao tratamento odontológico podem estar associados ou se refletirem através de alguns fatores como: tempo desde a última visita do responsável da criança, reação do responsável ao atendimento e a existência de traumas no atendimento odontológico do responsável.

TABELA 22 - Distribuição da última visita ao dentista à ansiedade do responsável

Última visita ao dentista	DAS		
	Não ansioso	Ansioso	Total
Até um ano	16	9	25
Mais de um ano	3	1	4
Total	**19**	**10**	**29**

Não foi encontrada associação estatística significativa (medida via teste Exato de Fisher = 0,41) entre o tempo transcorrido desde a última visita ao dentista e a ansiedade apresentada pelo responsável. Isto é, o percentual de responsáveis ansiosos é semelhante entre aqueles que visitaram o dentista no último ano e aqueles que há mais de um ano não visitam o dentista (Tabela 22).

TABELA 23 - Distribuição da reação ao atendimento da criança com a ansiedade do responsável

Reação ao atendimento da criança	**DAS**		
	Não ansioso	**Ansioso**	**Total**
Indiferente	8	2	10
Alguma rejeição	11	8	19
Total	**19**	**10**	**29**

Também não foi encontrada associação significativa entre a reação ao atendimento da criança e a ansiedade do responsável (medida via teste Exato de Fisher = 0,17), isto é, a proporção de responsáveis ansiosos entre aqueles que tiveram alguma rejeição (8/19 = 42%) não difere significativamente da proporção de ansiosos que se manifestaram indiferentes ao atendimento (2/10 = 20%) (Tabela 23).

TABELA 24 - Distribuição percentual entre a opinião sobre o dentista e a ansiedade do responsável

Opinião do responsável	**DAS**		
	Não ansioso	**Ansioso**	**Total**
Negativa	13	9	22
Positiva	6	2	8
Total	**19**	**11**	**30**

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre a opinião sobre o dentista e ansiedade do responsável (medida via teste Exato de Fisher = 0,26) (Tabela 24).

TABELA 25 - Distribuição entre relatos desagradáveis sobre atendimento odontológico e o comportamento da criança em relação ao tratamento odontológico

Visão da criança em relação ao dentista (FRANKL)	**Existência do trauma**		
	Não	**Sim**	**Total**
Negativa	4	5	9
Positiva	14	7	21
Total	**18**	**12**	**30**

Não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o comportamento da criança sobre o dentista e a existência de relatos desagradáveis sobre o atendimento do responsável em tratamentos odontológicos (existência de traumas) (medida via teste Qui-Quadrado, p-valor = 0,26) (Tabela 25).

Não foi encontrada associação entre o comportamento da criança e a ansiedade do responsável.

9 DISCUSSÃO

A arte dentária nasceu na pré-história, com as primeiras dores de dente e era, então puramente instintiva. Do seu início até os tempos atuais, a Odontologia sempre esteve ligada a dor. Historicamente, sabe-se que, no início, a prática odontológica era usada como forma de penalidade e tortura a quem transgredisse as leis. Assim, o medo da dor e a ansiedade que as pessoas sentem quando vão ao dentista constituem, ainda nos dias atuais, obstáculo para a relação positiva, cirurgião dentista-paciente (ROSENTHAL, 2001) (TABELA 9).

De acordo com Cruz et al. (1997), o medo e a dor estão fortemente ligados à imagem do cirurgião-dentista, o qual, neste sentido, é referido pelas pessoas, como um mal necessário.

O sentimento de medo, ou seja, o medo da dor ou sofrimento, constitui, dessa maneira, um fator altamente negativo para o exercício da profissão, especialmente da odontopediatria (KINIRONS; McCABE, 1995).

A ansiedade face ao atendimento odontológico é assimilada principalmente na infância, podendo persistir na adolescência e refletir no comportamento futuro do paciente. Dessa forma, é extremamente importante a abordagem integral do paciente infantil, uma vez que o sucesso do tratamento não reside apenas na solução da doença bucal, mas também no reconhecimento das emoções e expectativas da criança em relação ao tratamento odontopediátrico.

Segundo Ross (1979), a ansiedade, por ser um estado subjetivo de apreensão ou tensão, caracteriza-se como um fenômeno complexo de estudo, em virtude da multiplicidade de fatores envolvidos em sua etiologia. Além disso, apresenta componentes fisiológicos, motores e cognitivos, tornando difícil a sua

avaliação, pois existem diferenças individuais na maneira pela qual eles se correlacionam.

A metodologia desta pesquisa limitou-se a analisar as crianças e seus respectivos responsáveis, atendidas na Clínica Odontológica do Sindicato dos Cirurgiões Dentistas de Campo Grande-MS, dentro do curso de Especialização em Odontopediatria. Em função do tamanho da amostra e suas peculiaridades, talvez possa não ter retratado a verdadeira realidade da população odontopediátrica desta cidade.

No presente trabalho, a representação social da odontologia ou da figura do dentista, e a influência da ansiedade dos responsáveis sobre as crianças, foram as variáveis utilizadas para estudar o medo nas crianças bem como o seu comportamento frente ao tratamento odontológico e, mesmo que nenhuma dessas variáveis, tenham apresentado correlação significativa, os resultados encontrados merecem ser discutidos.

Um questionário fechado, elaborado depois de apurada revisão bibliográfica á respeito do assunto, foi aplicado aos responsáveis pelas crianças atendidas; este teve como intenção pesquisar de forma simples qual a representação social do cirurgião dentista e do tratamento odontológico para os mesmos, bem como investigar se esta representação social poderia vir a ser um fator determinante da ansiedade e comportamento negativo da criança face ao tratamento odontopediátrico.

Os resultados desse questionário revelaram que apesar da maioria dos responsáveis (76,7%) não ter desistido do último tratamento odontológico (Tabela 2, Gráfico 2) e 86,7% não se sentirem traumatizados após o último tratamento odontológico, (Tabela 3, Gráfico 3), a maioria significativa destes responsáveis (73,7%), quando pensa na figura do cirurgião dentista (Tabela 4, Gráfico 4), relata medo (46,7%), relata custo (36,7%) e relata dor (23,3%).

Considerando que o questionário é fechado e que podem existir outras opções de sentimentos a respeito, há de se observar que o medo foi fortemente

citado, levando a crer que, mesmo se houvessem outras opções de respostas, o medo, ainda assim, seria consideravelmente mencionado.

Dos 30 cuidadores entrevistados, 12 (40,0%) declararam que seus filhos já ouviram relatos desagradáveis a respeito do tratamento odontológico sofrido pelos pais ou familiares (Tabela 5, Gráfico 5).

Em relação à ansiedade odontológica do responsável, medida via DAS, observou-se que 36,7% (11) dos responsáveis apresentavam ansiedade odontológica ao acompanharem seu filho ao tratamento (Tabela 6, Gráfico 6).

Não houve associação significativa entre a desistência do responsável ao último tratamento e sua ansiedade odontológica. Isto é, a proporção de responsáveis ansiosos entre aqueles que desistiram do tratamento (43,0%), apesar de maior, é semelhante à proporção de ansiosos entre aqueles que não desistiram do tratamento odontológico (35,0%) (Tabela 7, Gráfico 7).

Dos 11 responsáveis considerados ansiosos (DAS), apenas três declararam a existência de trauma após o último tratamento odontológico, não apresentando resultado estatisticamente significativo para esta correlação (Tabela 8, Gráfico 8).

O resultado obtido através da correlação entre a DAS e a alternativa escolhida no questionário pelos responsáveis quando pensam no cirurgião dentista revelou que, mesmo aqueles considerados não ansiosos apresentam sentimento de medo quando pensam na figura do dentista, ou seja, a alternativa escolhida pelo responsável quando pensa no dentista não depende se o mesmo possui ou não ansiedade odontológica (Tabela 9, Gráfico 9).

Analisando pacientes que sofriam de fobia odontológica, Berggren e Meynerty (1984) verificaram que 85,3% destes, associaram o medo odontológico à ocorrência de experiências odontológicas traumáticas nos anos escolares. Este dado ressalta a importância em verificar na anamnese, os pacientes com antecedentes de experiências odontológicas traumáticas, devido ao maior risco de manifestarem medo exacerbado (KLATCHOIAN, 1993).

Em uma pesquisa realizada na cidade de Bauru e Santa Cruz do Rio Pardo, Estado de São Paulo, com a intenção de descobrir o que leva os pacientes a sentirem-se vítimas do tratamento odontológico, a dor sobressaiu-se como a principal causa do medo no tratamento (MEDEIROS; BERVIQUE, 1981).

Para Finn (1973), os medos adquiridos de forma objetiva apresentam caráter associativo, ou seja, uma transferência do sentimento de medo de uma determinada situação para outra similar. Desta forma, a ansiedade odontológica não deve ser considerada uma resposta condicionada somente a experiências odontológicas traumáticas, mas, sim, como reflexo de diversos fatores individuais e familiares (VENHAM et al., 1979 apud CASTRO, 2000).

Segundo Pride (1991 apud CRUZ et al., 1997), o medo é influenciado por expectativas de outros, como amigos e parentes. Os indivíduos citam experiências e opiniões de outras pessoas, aceitam-nas como verdades e as identificam como suas. O medo é assimilado de uma maneira natural e, até mesmo, inconsciente. As pessoas apresentam um condicionamento-aprendizagem de sentir medo. Já para Raozzi, Federicci e Carvalho (2002), nossos medos alternam-se com a idade, gênero, classe socioeconômica, nível de desenvolvimento cognitivo e outras variáveis de natureza individual ou social.

A ansiedade odontológica dos responsáveis (DAS) não apresentou resultados estatisticamente significantes entre o fato da criança ter escutado relatos desagradáveis a respeito do tratamento odontológico dos familiares. A proporção de crianças que escutaram relatos desagradáveis é semelhante entre aqueles pais ansiosos, 45,0% (5/11), e aqueles não ansiosos 37,0% (7/19) (Tabela 10, Gráfico 10).

Finn (1973) e Rachman (1977) afirmaram que o medo odontológico infantil pode resultar de atitudes e sensações sugeridas às crianças por amigos, familiares, vizinhos e colegas.

O perfil das crianças atendidas nesta pesquisa não mostra diferença significativa na distribuição das mesmas segundo o gênero: 46,7% das crianças

são do sexo feminino e 53,3% do sexo masculino, estando a maioria na faixa etária de 3 a 4 anos (Tabela 11, Gráfico 11).

Observa-se que a maioria dos estudos realizados inclui, em sua amostra, crianças de três a seis ou sete anos de idade (JOHNSON; BALDWIN, 1968; JOHNSON; BALDWIN, 1969).

Apesar de Klingberg e Broberg (1998) afirmarem que a idade é um importante indicador da ansiedade odontológica, uma vez que crianças de faixa etária menor exprimem maior sentimento de medo frente a situações desconhecidas, Wrigth et al. (1980 apud CASTRO, 2000) não encontraram relação consistente entre estes aspectos. O desenvolvimento psicológico da criança diz mais respeito à concepção do medo do que à idade cronológica.

Corkey e Freeman (1994) constataram que crianças com atraso no grau de desenvolvimento psicológico, social, cognitivo e emocional desenvolveram resposta mais ansiosa, provavelmente, por não serem capazes de avaliar a natureza do tratamento odontológico ou compreender as instruções e explicações, aumentando o grau de ameaça, e conseqüentemente, interferindo em sua adaptação ao ambiente odontológico. Segundo Schachter e McCauley (1990), as crianças na faixa etária de 8 a 9 anos, embora mais aptas a lidar com a realidade, apresentam grande preocupação com a possibilidade de falhar em determinadas situações, serem criticadas e punidas.

Nesta pesquisa, comprovou-se que 76,7% dos responsáveis que acompanharam seus filhos têm como grau de parentesco a maternidade (Tabela 12, Gráfico 12).

No presente estudo, a observação de que a função de acompanhar a criança ao dentista é exercida prioritariamente pela mãe justifica-se uma vez que as mães, geralmente, têm o papel chave na família, no que diz respeito a questões de saúde, de tal forma que elas podem vir a ser fortes determinantes do comportamento de seus filhos (PORDEUS, 1991 apud RAMOS-JORGE, 2000).

Kinirons e McCabe (1995) verificaram que, em 98,3% dos casos, a mãe era a principal pessoa encarregada para levar a criança ao dentista. Klatchoian (1993) destacou o papel atuante da mãe dentro da constelação familiar.

De acordo com Vono et al. (1994), a criança não se adaptará ao ambiente odontológico enquanto sentir medo, confirmando os achados de Alwin et al. (1991 apud CASTRO, 2000), que identificaram maior ansiedade ao tratamento odontológico nas crianças não colaboradoras. No entanto, Klingberg e Broberg (1998), também observaram que as crianças com maior grau de medo foram aquelas com temperamento tímido, sem problemas de comportamento.

Para avaliar o comportamento infantil, a Escala de Classificação de Comportamento de Frankl foi o instrumento eleito por ser funcional, confiável e capaz de quantificar o comportamento em quatro categorias, que variam desde o definitivamente negativo até o definitivamente positivo (FRANKL; SHIERE; FOGELS, 1962).

Esse instrumento possibilita que seja avaliado o comportamento da criança durante todo o período em que ela está no ambiente odontológico, constituindo o principal método empregado para tal finalidade (GIGLIO et al., 1997).

Ao avaliar o comportamento infantil, verificou-se que a maioria das crianças, 43,3%, apresentou comportamento definitivamente positivo frente ao tratamento odontológico, não aparecendo nenhuma criança com comportamento definitivamente negativo (Tabela 13, Gráfico 13).

O registro da freqüência cardíaca foi o indicador utilizado para avaliação da ansiedade odontológica, embora exista grande controvérsia quanto a praticabilidade e interpretação de dados fisiológicos, principalmente em crianças (ROSS, 1979).

Os valores da freqüência cardíaca das crianças permaneceram na faixa de normalidade, apresentando alteração inferior ou igual a dois batimentos por minuto, apesar de clinicamente não apresentar valor significativo,

estatisticamente, a diferença na freqüência cardíaca mostra significância (Tabela 14, Gráfico 14).

Myers, Kramer e Sullivan (1972) e Venham et al. (1979 apud CASTRO, 2000) detectaram maior freqüência cardíaca nas crianças mais ansiosas, discordando dos resultados de West, Reid e Bastawi (1983) que não verificaram diferenças estatisticamente significativas da freqüência cardíaca entre crianças ansiosa e não ansiosas.

Winer (1982) questiona se entre os métodos de avaliação da ansiedade existe um ideal para utilização em odontopediatria. Para o autor, a baixa correlação entre os instrumentos parece justificável em virtude do caráter dimensional da ansiedade, cujas reações fisiológicas, cognitivas e motoras manifestam-se de diferentes formas em diferentes indivíduos. Por esta razão, ao avaliar a ansiedade odontológica infantil é utilizado um indicador fisiológico e a observação de comportamento.

Na relação entre a análise comportamental de Frankl e a avaliação da freqüência cardíaca, observou-se que as crianças com comportamento negativo apresentam valores maiores de batimentos cardíacos por minuto do que aquelas com comportamento positivo (Tabela 16, Gráfico 16).

César e Narvai (1999) afirmaram que o sentimento de medo, relacionado aos procedimentos odontológicos, exerce influência nos processos mentais desencadeando reações físicas mensuráveis. No momento do tratamento, a tensão muscular e a taquicardia são as manifestações físicas mais freqüentes do medo.

Apesar da revisão de literatura mostrar associação entre o medo odontopediátrico e materno, Alwin et al. (1991 apud CASTRO, 2000) afirmaram que crianças não aprendem o medo odontológico apenas com seus pais, haja vista a multiplicidade de variáveis envolvidas na ansiedade odontológica infantil. Daí a importância deste aspecto sob o ponto de vista metodológico, onde a presença materna, apesar de constante na vida da criança, não a acompanha em

lugares como a escola, fazendo-se válido, assim, considerar que os pacientes abordados nesta pesquisa estão em idade pré-escolar e escolar, o que seria natural ter escutado dos colegas, relatos desagradáveis ou dos meios de comunicação, comentados entre os mesmos. Para Grünspun (1985), o ambiente familiar é a principal fonte dos temores e problemas de medo.

A falta de associação estatística entre a ansiedade dos responsáveis e o comportamento da criança frente ao tratamento odontológico pode justificar-se em função do número reduzido de crianças estudadas, uma vez que das 30 crianças amostradas, 20 delas apresentaram um comportamento associativo, em 15 delas o responsável encontrava-se não ansioso e elas apresentavam um comportamento positivo frente ao tratamento odontológico e em 5 os responsáveis estavam ansiosos e as crianças apresentavam comportamento negativo frente ao tratamento odontológico (Tabela 15, Gráfico 15).

As crianças apresentam grande diversidade de atitude frente ao tratamento odontológico, sendo várias as causas de comportamento não cooperativo. Esses comportamentos podem ser conseqüência de algum atraso no desenvolvimento físico ou mental, reflexos de doenças crônicas ou agudas, medo transmitidos pelos pais, experiências odontológicas prévias desagradáveis, assim como primeira consulta mal conduzida. Por isso, os odontopediatras devem dispor de métodos e técnicas de comunicação que atendam as necessidades individuais das crianças (CORRÊA et al., 2002).

O medo e ansiedade estão presentes em diferentes graus e em mais de metade dos pacientes infantis, e são responsáveis, em grande parte, pelo abandono do cuidado da saúde oral (PINKHAM, 1996).

Os estudos de Craig et al. (1993 apud OLIVEIRA et al., 2003) e de Jeans (1983 apud OLIVEIRA et al., 2003) demonstraram que as crianças de um ano e meio a sete anos de idade, em geral, apresentam os seguintes indicadores de dor e medo: cerrar os lábios, balançar-se, esfregar os olhos, comportamentos agitados ou agressivos, como espernear, bater ou morder. A esses indicadores, associam-se, dependendo da idade da criança, algumas verbalizações sob a

forma de reclamações, apelos, e por vezes, outros indicadores mais explícitos, como suspiros, resmungos, choros e até gritos.

Não há dúvida de que a pedra fundamental no exercício da odontopediatria é a relação profissional-criança-família. As relações afetivas com pais e familiares são de fundamental importância para elaboração dos conceitos a respeito das experiências odontológicas, porém parece lícito que alguns aspectos estão mudando dentro deste contexto; talvez a utilização de técnicas que possam desmistificar o tratamento odontológico e apresentá-lo ao paciente de maneira positiva contribua de forma a modificar a maneira da criança enxergar o odontopediatra, alterando experiências desagradáveis do passado e associações negativas advindas de situações não vividas, conduzindo, assim, a criança a uma evolução emocional e a uma melhor adaptação ao tratamento odontológico.

Às posturas construcionistas sobre o conhecimento e aos estudos que levam à desmistificação progressiva do fazer em ciência, somam-se as perspectivas políticas da ressignificação da diferença e da denúncia das relações opressivas que se desenham no interior do campo científico (SPINK, 2004).

Parece que essa melhor adaptação da criança à situação odontológica pode ter sofrido e vem sofrendo uma favorável mudança nas relações estabelecidas no contexto odontológico. A ressignificação dos sentidos atribuídos ao dentista e ao tratamento odontológico tem facilitado esta inter-relação, considerando também que o próprio profissional está aberto a uma auto ressignificação, assumindo agora, também, a postura de cuidador.

Atribui-se, hoje, à Odontopediatria um papel muito mais importante na vida do paciente infantil, deixando de ser um mal necessário, passando a ser algo positivo e agradável.

10 CONCLUSÃO

Com base na metodologia utilizada para o presente trabalho e na interpretação dos dados, pode-se concluir que:

A representação social da odontologia, apesar dos avanços tecnológicos e das mudanças de postura dos profissionais, sofre ainda nos dias atuais grande influência histórica e cultural sendo o medo palavra relevante neste contexto .

A maioria das crianças submetidas à Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL não apresentou comportamento negativo frente ao tratamento odontológico, mesmo aquelas acompanhadas de responsáveis ansiosos.

A avaliação do monitoramento da freqüência cardíaca não se mostrou como um indicador da ansiedade odontológica das crianças.

Não houve correlação significativa da representação social e ansiedade odontológica dos responsáveis como fatores influenciadores do comportamento negativo e ansiedade odontológica das crianças. Mesmo aquelas que relutavam em separar-se dos responsáveis aceitaram o tratamento sem atitudes comportamentais negativas.

Frente ao exposto pode a odontologia ter sofrido mudanças no seu contexto, no que diz respeito à abordagem do paciente e condução do tratamento. O conhecimento de novas técnicas de interação com o paciente e a própria auto-análise do profissional são atitudes producentes no atendimento odontopediátrico, conduzindo os pacientes a uma ressignificação dos sentidos na relação que se estabelece entre cirurgião dentista e paciente.

REFERÊNCIAS

AARTMAN, I. H. A. et al. Self-report measurements of dental Anxiety and fear in children: a critical assessment. **J. Dent. Child**, v. 65, n. 4, p. 252-8, 1998.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. Guideline on behavior management. **Pediatr. Dent**., v. 24, n. 7, p. 68-73, 2002/2003.

ANDRADE, M. T. S. **As representações do cirurgião dentista do serviço público municipal sobre a prevenção da cárie e seu papel neste processo**. 1988. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação - apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro, ago. 2002. 7p.

_____. **NBR 6023**: informação e documentação - referências - elaboração. Rio de Janeiro, ago. 2002. 24p.

_____. **NBR 14724**: informação e documentação - trabalhos acadêmicos - apresentação. Rio de Janeiro, ago. 2002. 6p.

BAILEY, P. M.; TALBOT, A.; TAYLOR, P. P. A comparison of maternal anxiety levels with anxiety levels manifested in the child dental patient. **J. Dent Child.,** v. 40, n. 4, p. 277-84, 1973.

BERGGREN, U.; MEYNERTY, G. Dental fear and avoidance: causes, symptoms, and consequences. J. Am. Dent. Assoc., v. 109, n. 2, p. 247-51, 1984.

BERND, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes do Valão. **Saúde em Debate**, São Paulo, n. 34, p. 33-9, mar. 1992.

BIRMAN, J. Interpretação e representação na saúde coletiva. **Phisys** – Revista Saúde Coletiva, São Paulo, v. 1, n. 2, p.7-22, 1991.

BRANDÃO, J. S. **Mitologia grega**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1989. 3v.

BRANDÃO, M. L. **Comportamento emocional - Psicofisiologia**. São Paulo: Atheneu, 1995.

CASTRO, A. M. **Avaliação da ansiedade e comportamento de crianças frente a procedimentos odontológicos preventivos e a correlação dos fatores influenciadores**. 2000. 137 f. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2000.

CASTRO, M. E. et al. Fatores determinantes e influenciadores do comportamento da criança durante o atendimento odontológico. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontolologia do Bebê**, v. 4, n. 21, p. 387-91, set./out. 2001.

CÉSAR, C. L. G.; NARVAI, P. C. Medo de dentista e demanda aos serviços odontológicos. **RGO**, v. 47, n. 4, p. 191-4, out./nov./dez. 1999.

CHAMPMAN, H. R.; KIRBY-TURNER, N. C. Dental fear in children: a proposed model. **Br Dent. J**., v. 187, n. 8, p. 408-12, 1999.

CORKEY, B.; FREEMAN, R. Predictors of dental anxiety in six-years-old children: findings from a pilot study. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v. 61, n. 4, p. 267-71, jul./ago. 1994.

CORRÊA, M. S. N. P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico**: aspectos psicológicos. São Paulo: Santos, 2002.

_____. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998.

CORRÊA, M. S. N. P.; MAIA, M. E. S. Técnicas de abordagem: crianças de 0 a 3 anos de idade. In: CORRÊA, M. S. N. P. **Odontopediatria na primeira infância**. São Paulo: Santos, 1998. p. 165-77.

CORRÊA, M. S. N. P.; ZARDETTO, C. G. D. C.; RAMIRES-RAMITO, A. C. D. Gerenciamento comportamental em odontopediatria por meio de técnicas não-farmacológicas. In: CORRÊA M. S. N. P. **Sucesso no atendimento odontopediátrico**: aspectos psicológicos. São Paulo: Santos; 2002. cap. 9, p. 89-106.

CRUZ, J. et al. A imagem do cirurgião dentista: um estudo de representação social. **Revista Odontologia Universitária**, São Paulo, v. 1, n. 4, out./dez. 1997.

DUARTE , M. J. M.; GUEDES-PINTO, A. C. Técnica de mão sobre a boca da criança: um estudo sobre a utilização pelos odontopediatras. **RGO**, v. 38, n. 4, p. 167-70, 272-4, jul./ago. 1990.

DURKHEIN, E. **Textos escolhidos**. São Paulo: Ática, 1982.

ELI, U. I.; BAHT, N.; KLEINHAUZ, M. Antecedents of dental anxiety: learned responses versus personality traits. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 25, n. 2, p. 233-37, fev. 1997.

ELSBACH, H. C. Crying as a diagnostic tool. **J. Dent Child**, Detroit, v. 30, n. 1, p. 13-6, 1963.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITH, S. (Org.) **Textos em representação social**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 31-59.

FAYLE, S. A.; TAHMASSEBI, J. F. Paediatric dentistry in the new millenniun: 2. Behaviour management-helping children to accept dentistry. **Dental Update**, p. 294-8, jul./ago. 2003.

FINN, S. B. Behavior child management. In: _____. **Clinical pedodontics**. 4. ed. Philadelphia: Saunders, 1973. p. 15-31.

FONTOURA, T. A psicologia e a atuação do cirurgião dentista. **Revista Psicol. Argumento**, ano 15, n. 20, p. 23-32, abr. 1997.

FRANKL, S. N.; SHIERE, F. R.; FOGELS, H. R. Should the parent remain with the child in the dental operatory? **J. Dent. Child.**, v. 29, n. 2, p. 150-62, 1962.

GALE, E. N.; AYER, W. A. Treatment of dental phobias. **JADA**, v. 78, p. 1.304-07, jun. 1969.

GIGLIO, E. M.; GUEDES-PINTO, A. C.; DUARTE, L. M. A. Princípios de psicologia e sua relação com a odontopediatria. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 5. ed. São Paulo: Santos, 1997. p. 131-45.

_____. Princípios de psicologia e sua relação com a odontopediatria. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 6. ed. São Paulo: Santos, 2000. p. 131-45.

GIORDANO, D. V. et al. Oralidade em odontopediatria. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 57, n. 2, p. 84-9, mar./abr. 2000.

GONÇALVES, S. R. M.; SAGRETTI, O. M. A.; BORGES, A. M. C. Medo em odontopediatria: por que as crianças têm medo no tratamento odontológico (técnicas de condicionamento através do toque sutil). **Revista Paulista de Odontologia**, São Paulo, v. 15, n. 6, p. 35-40, nov./dez. 1993.

GRÜNSPUN, H. **Distúrbios neuróticos da criança**. 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1985. 635 p.

GUEDES-PINTO, A. C. Métodos empregados para conhecer e relacionar com crianças. In: _____. **Odontopediatria**. 5. ed. São Paulo: Santos, 1997. p. 165-74.

_____. **Odontopediatria**. 4. ed. São Paulo: Santos, 1993.

GUEDES-PINTO, A. C.; CORRÊA, M. S. N. P. Influências familiares e conselhos aos pais. In: GUEDES-PINTO, A. C. **Odontopediatria**. 5. ed. São Paulo: Santos, 1997. p. 157-63.

GUZMÁN, O. M. Consideraciones psicológicas en odontología. **Rev. Venez. Ortod**., v. 2, n. 1, p. 27-33, 1985.

HERZELICH, C. A. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis** – Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v. 1, p. 23-6, 1991.

ISSAO, M.; GUEDES-PINTO, A. C. **Manual de odontopediatria**. 7. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1998. 263p.

JODELET, D. Représentasion sociale: phénomene, concept et théorie. In: MOSCOVICI, S. (Org). **Pshychologie sociale**. Paris: PUF, 1984. p. 357-79.

JOHNSON, R.; BALDWIN, D. C. Maternal anxiety and child behavior. **ASDC J, Dent Res**, Chicago, v. 36, n. 2, p. 87-91, mar./abr. 1969.

_____. Relationship of maternal anxiety to the behavior of young children undergoing dental extraction. **J Dent Res**, Washington, v. 47, n. 5, p. 801-5, set./out. 1968.

JORGE, M. L. R. **Comportamento infantil no ambiente odontopediátrico**: fatores de predição. 2000. 138. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

KENT, G. et al. Development of a scale to measure the social and psychological effects of severe dental anxiety: social attributes of Dental Anxiety Scale. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagen, v. 24, n. 6, p. 394-7, dez. 1989.

KINIRONS, M.; McCABE, M. Familial and maternal affecting the dental health and dental attendance of preschool children. **Community Dent. Health**, v. 12, n. 4, p. 266-9, 1995.

KLATCHOIAN, D. A. O comportamento da criança como elemento chave em odontopediatria. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria Odontológica Bebê**, v. 1, n. 4, p. 102-9, 1998.

_____. **Psicologia odontopediátrica**. São Paulo: Savier, 1993. 89p.

_____. **A relação dentista- criança na clínica odontopediátrica**. 1992. 232 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica São Paulo, São Paulo, 1992.

KLINGBERG, G. et al. Child dental fear: cause-related factors and clinical effects. **Eur J. Oral Sci**, v. 103, n. 6, p. 405-12, 1995.

KLINGBERG, G.; BROBERG, A. G. Temperament and child dental fear. **Pediatr. Dent.**, v. 20, n. 4, p. 237-43, 1998.

KLORMAN, R. et al. A further assessment of predictors of child's behavior in dental treatment. **J. Dent Res**, Washington, v. 58, n. 12, p. 2338-43, dez. 1979.

KLORMAN, R. et al. Predcting the child's uncooperativeness in dental treatment from maternal trait, state, and dental anxiety. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v. 45, n.1 , p. 62-7, jan./fev. 1978.

KOENIGSBERG, S. R.; JOHNSON, R. Child behavior during sequential dental visits. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 85, n. 7, p. 128-32, jul. 1972.

LINHARES, R. M. S. Ajustamento da criança ao atendimento odontológico. **Arq. Cent. Est. Aur. Odont**., v. 21/21, n. 2/1, p. 87-102, 1985.

LOCKER, D. et al. Age of onset of dental anxiety. **J Dent Res**., v.7 8, n.3 , p. 790-6, 1999.

LOCKER, D. et al. Who is dentally anxious? Concordance between measures of dental anxiety. **Community Dent Oral Epidemiol**, Copenhagem, v. 24, n. 2, p. 86-92, jun. 1996.

LOEVY, H. T. The child in dental office. In: _____. **Dental management of the child patient**. Chicago: Quintessence, 1981. p. 15-31.

MASTRANTONIO, S. S. et al. Manejo do comportamento infantil no consultório odontológico - relato de caso clínico. **JBP Rev. Ibero-Am Odontoped. Odontol. Bebê**, v. 7, n. 37, p. 230-7, 2004.

MEDEIROS, E. P. G.; BEVIQUE, J. A. O sentimento de vítima em pacientes da odontologia. **Odontologia Moderna**, p. 35-7, mar. 1981,

MEDINA, P.; PASTORA. J. Adaptación del niño a la consulta odontológica. **Acta Odontol**, Venezolana, v. 36, n. 2, p. 70-3, 1998.

MELO, J. R. **História da odontologia brasileira**. Pernambuco: Bagaço, 1984.

MILGROM, P.; WEINSTEIN, P. Dental fears in general pratice: new guidelines for assessment and treatment. **Int. Dent. J.**, v. 43, n. 3, p. 288-93, 1993.

MILGRON, P. et al. Origins of childhood dental fear. **Behav Res Ther**, Philadelphia, v. 33, n. 3, p. 313-9, fev. 1995.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hicitec-Abrasco, 1999.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: Hicitec-Abrasco, 1992.

_____. Na dor do corpo, o grito da vida. In: COSTA, N. do R. et al. **Demandas populares, políticas e saúde**. Petrópolis: Vozes, 1989. v. 2, cap. 3, p.75-99.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MURIS, P. et al. The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. **Behav. Res. Ther.**, v. 34, n.. 3, p.265-8, 1996.

MUSSELMAN, R. J. Considerations in behavior management of the pediatric dental patient: helping children cope with dental treatment. **Pediatr Clin North Am**, Philadelphia, v. 38, n. 5, p.1.309-24, out. 1991.

MYERS, D. R.; KRAMER, W. S.; SULLIVAN, R. E. A study of the heart action of the child dental patient. **J. Dent. Child.**, v. 39, n. 2, p. 99-106, 1972.

OLIVEIRA, A. M. B. T. L. A formação da odontologia no Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**, São Paulo, v. 5., n. 6, mar. 1982.

OLIVEIRA, K. M. L. de et al. Medo, ansiedade e a prática odontológica. In: SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UFMG, 2., 1993, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: Pró-Reitoria de Pesquisa UFMG, 1993. p. 58.

OLIVEIRA, L. B. et al. Gerenciamento comportamental em odontopediatria por meio da comunicação. **JOPE** (Jornal Brasileiro Odontol - Psicol e Odontol. Pacientes Especiais), v. 1, p. 6, p. 516-24, 2003.

OLIVIERI, J. L. S.; ALVES, M. U. Controle de comportamento: a chave para o sucesso em Odontopediatria. **Revista de Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clinica Integrada**, v. 1, n. 3, 2001.

ORGURA, S. A. et al. Results of dental fear survey in Argentina; implications for dental public health-comparisons with USA and Japan. **Ped Dent J**, Washington, v. 1, n. 2, p. 95-104, fev. 1991.

OS BOCAS... . **Revista Veja**, v. 27, n. 14, p. 64-5, jun. 1994.

PARKIN, S. F. The assesment of two dental anxiety rating scales for children. **ASDC J. Dent Child**, Chicago, v. 47, n. 4, p.269-72, jul./ago. 1988.

PEIXOTO, L. F. S.; FRAUCHES, M. B.; COSTA, A. Estudo sobre as variáveis que podem influenciar o comportamento da criança na primeira consulta de um tratamento odontológico. **JBP**, v. 4, n. 18, p. 137-41, mar./abr. 2001.

PFEFFERLE, J. C. et al. Child behavior in the dental setting relative to parental presence. **Pediatr Dent Chicago**, v. 4, n. 4, p. 311-6, abr. 1982.

PINKHAM, J. R. Manejo do paciente. In: PINKHAM, J. R. et al. **Odontopediatria da infância à adolescência**. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996. cap. 23, p. 372-85.

RADOS, L. R. V. Características clínicas da ansiedade infantil frente à situação odontológica. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 33, n. 28/29, p.4-9, 1989.

RAMOS-JORGE, M. L. **Comportamento infantil no ambiente odontopediátrico**: fatores de predição. 2000. 138. Dissertação (Mestrado em Odontopediatria) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

RAMOS-JORGE, M. L. et al. Relação entre a ansiedade e o comportamento de crianças durante o atendimento odontológico. In: REUNIÃO ANUAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA ODONTOLÓGICA, 17., 2000, Águas de Lindóia. **Resumos...** São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000. p. 109.

RAOZZI, A.; FEDERICCI, F. C. B.; CARVALHO, M. R. A. A questão do consenso nas representações sociais: um estudo de medo entre adultos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Brasília, v. 18, n. 2, maio/ago. 2002.

RAOZZI, A.; FEDERICCI, F. C. B.; WILSON, M. A. Estrutura primitiva da representação social do medo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, 2001.

REZENDE,V. L. S. **A história da odontologia**. Belo Horizonte: Faculdade de Odontologia da UFMG, 1994. 26p.

ROCHA, R. G.; BORSATTI, M. A. Ansiedade e medo no tratamento odontológico: como controlá-los? In: DOTTO, C. A.; ANTONIAZZI J. H. **Opinion makers**: odontopediatria. São Paulo: VM Comunicações; 2002. p. 84-99.

ROSA, A. L.; FERREIRA, C. M. Ansiedade odontológica: nível de ansiedade, prevalência e comportamento dos indivíduos ansiosos. **Revista Brasileira de Odontologia**, v. 54, n. 3, p. 171-4, maio/jun. 1997.

ROSENTHAL, E. Folclore na odontologia. In: _____. A odontologia no Brasil do Século XX. São Paulo: Santos, 2001a. p. 341-55.

_____. **A Odontologia no Brasil do Século XX**. São Paulo: Santos, 2001b.

ROSS, A. O. **Distúrbios psicológicos na infância**: uma abordagem comportamental à teoria, pesquisa e terapêutica. São Paulo: McGraw-Hill, 1979.

SANDRINI, J. C. Desenvolvimento psicológico da criança e as técnicas de controle comportamental em odontologia pediátrica. **Revista de Odontopediatria**, v. 4, n. 3, p. 109-18, jul./ago./set. 1995.

SANDRINI, J. C.; BONACIN, J. P.; CHRISTÓFORO, L. R. Reações infantis frente ao atendimento odontológico e suas manifestações psíquicas. **Jornal Brasileiro de Odontoped. Odontol. Bebê**, v. 1, n. 3, p. 75-89, 1998.

SANGER, M. S. et al. Relation between maternal characteristcs and child behavior checklist. **Clin Pediatr**, v. 31, n. 8, p.461-6, ago. 1992.

SCHACHTER, R.; McCAULEY, C. **Meu filho tem medo**: um guia prático para ajudar crianças e jovens a superar seus medos. São Paulo: Saraiva, 1990. 280p.

SCHUURS, A. H. et al. Sociodemographic correlates of dental anxiety. **Community Dent. Oral Epidemiol**., v. 13, p. 212-5, 1985.

SCOTT, D. S. et al. Historical antecedents of dental anxiety. **J. Amer. Dent. Assoc**., v. 108, p. 42-5, 1984.

SEGER, L. et al. **Psicologia e odontologia**: uma abordagem integradora. 3. ed. São Paulo: Santos: 1998.

SILVA, S. R. G. A percepção da criança com relação a odontopediatria: um acréscimo da psicologia a odontologia. **Rev. Odontoped**., v. 1, n. 3, p. 127-55, jul./ago./set. 1992.

SIMPSON, W. J.; RUZICKA, R. L.; THOMAS, N. R. Physiologic responses of children to initial dental experiences. **J.Dent Child**, v. 41, n. 6, p. 465-70, 1974.

SINGH, K. A.; MORAES, A. B. A. de; BOVI-AMBROSANO, G. M. Medo, ansiedade e controle relacionados ao tratamento odontológico. **Pesquisa Odontológica Brasileira**, v. 41, n. 2, p. 131-6, abr./jun. 2000.

SONNENBERG, E.; VENHAM, L. Human figure drauwings as a measure of the child's response to dental visits. **J. Dent. Child.**, v. 44, n. 6, p. 438-42, 1977.

SPINK, M. J. P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-8, jul./set. 1993.

STUNER, R. A., et al. Questionnaire use in pediatric pratice. **Clin. Pediatr.**, v. 24, n. 6, p.638-41, jun. 1985.

TAYLOR, M. H. et al. Effects of appointment time, age, and gender on children's behavior in dental setting. **ASDCJ Dent. Child**, Chicago, v. 50, n. 2, p. 107-10, mar./abr. 1983.

TOLEDO, O. A. **Odontopediatria**: fundamentos para a prática clínica. 2. ed. São Paulo: Premier, 1996.

TOSTES, M. A.; GOMES, A. M. M.; CORRÊA, M. S. N. P. Separação materna durante o atendimento infantil. **Revista da APCD**, v. 52, n. 4, p. 302-5, jul./ago. 1998.

TOWEND, E.; DIMIGEN, G.; FUNG, D. A clinical study of child dental anxiety. **Behav. Res. Ther.**, v. 38, n. 1, p. 31-46, 2000.

TSUBOUCHI, F. et al. A behavioural dental science research concerning prevention of dental fear in four countries, Japan, Indonesia, Brazil and Argentina. **JPN J. Ped. Dent.**, Tokio, v. 28, n. 3, p. 1.014-24, mar. 1990.

UDIN, R. D. Predctors of dental behavior of disabled children. **J. Pedodont.**, Chicago, v. 4, p. 120-3, mar. 1988.

VALA, J. Representações sociais: para uma psicologia social do pensamento social. In: VALA, J.; MONTEIRO, M. B. (Org.). **Psicologia social**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1993.

VENHAM, L. L.; BENGSTON, D.; CIPES, M. Children's response to sequential dental visits. **J. Dent. Res.**, v. 56, n. 5, p.454-549, 1977.

VONO . Z. et al. Introdução da criança ao tratamento odontológico. **Odontomaster**, v. 1, n. 2, p. 1-9, 1994.

WEST, G. A.; REID, K. H.; BASTAWI, A. E. Autonomic responses to dental procedures in pedodontics patients during a standard restoration session. **J. Dent. Res.**, v. 62, n. 6, p. 728-32, 1983.

WILSON, S. Aspectos não farmacológicos na percepção e controle da dor. In: PINKHAM, J. R. et al. **Odontopediatria**: da infância à adolescência. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas, 1996. cap. 23, p. 101-12.

WINER, G. A. A review an analysis of children's fearful behavior in dental settings. **Child Dev.**, v. 53, n. 5, p. 1.111-33, 1982.

WRIGTH, G. Z. **Behavior management in dentistry for children**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1975. 266p.

WRIGTH, G. Z., ALPERN, G. D. Variables influencing children's cooperative behavior at the first dental visit. **ASDC J. Dent. Child**, Chicago, v. 38, n. 2, p. 124-8, mar./abr. 1971.

WRIGTH, G. Z.; ALPERN, G. D.; LEAKE, J. L. The modifiability of maternal anxiety as it relates to children's cooperative dental behavior. **ASDC J. Dent. Child**, Chicago, v. 40, n. 4, p. 265-71, jul./ago. 1973.

XAVIER, R. Representação social e ideologia: conceitos intercambiáveis? **Psicologia Social**, v. 14, n. 2, p. 18-47, jul./dez. 2002a.

_____. **Do vínculo à informalidade**: imagens e representações do trabalho no Brasil. Recife: PPGS, 2002b.

APÊNDICE

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Esclarecido

1) Nome do paciente (voluntário): .....
Documento de identificação: .....
Sexo: .....
Data de nascimento: .....
Endereço: .....
Cidade: ..... UF: .....
Telefone: ..... CEP: .....

2) Responsável legal: .....
Documento de identidade n.: .....
Sexo: .....
Data de nascimento: .....
Cidade: ..... UF: .....
Natureza (grau de parentesco, tutor, pai, mãe, etc): .....

3) Dados sobre a pesquisa científica:

A pesquisa tem intenção de avaliar os fatores influenciadores dos pais ou responsáveis sobre o tratamento odontológico da criança.

Justificativa

Este estudo justifica-se pela necessidade de verificar como se comportam as crianças que recebem ou não influência das informações obtidas através de seus cuidadores a respeito do tratamento odontológico vivido pelos responsáveis

Objetivos

A pesquisa tem por objetivo avaliar a ansiedade, o medo e o comportamento de crianças frente ao atendimento odontológico, permitindo uma visão mais abrangente das reações infantis, tendo como fatores influenciadores os relatos negativos ou não de seus cuidadores.

Procedimentos utilizados na pesquisa

Serão aplicados questionários aos responsáveis para saber qual a representação social do cirurgião dentista bem como de experiências odontológicas prévias. E ainda será utilizada a escala para medir ansiedade odontológica: DAS (Dental Anxiety Scale, Corah, 1969).

Para avaliação do medo e ansiedade das crianças serão utilizados:

a) freqüência dos batimentos cardíacos, através de um monitor a fim de verificar se ocorre alteração dos batimentos cardíacos durante o atendimento.

b) avaliação do comportamento através da Escala de Classificação de Comportamento de FRANKL.

Desconfortos ou riscos esperados e benefícios:

Não haverá desconfortos ou riscos para o voluntário que participar da pesquisa.

Benefícios:

O melhor manejo da criança e a melhor conduta em relação aos pais facilitarão a adaptação de ambos frente ao tratamento odontológico.

Garantia de esclarecimentos:

O voluntário poderá entrar em contato com a responsável pela pesquisa pelos seguintes telefones:

(67) 3249541 (67) 99836494

Retirada do consentimento:

O voluntário terá direito de desistir de sua participação, bastando, para isso, manifestar sua vontade em qualquer época da pesquisa.

Garantia de sigilo:

A pesquisadora assegura a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.

Formas de ressarcimento e indenização:

Os voluntários participantes da pesquisa não terão nenhum gasto.

Assinatura: ..... RG: .....

Prezados Pais ou Responsáveis:

Sou odontopediatra e estou fazendo um curso de mestrado. Para concluí-lo, preciso fazer um trabalho e para isto conto com sua colaboração e a de seu filho (a).

Para este trabalho, preciso que o senhor(a) responda com sinceridade a um questionário sobre seu conhecimento sobre o cirurgião dentista e tratamentos odontológicos a que o senhor (a) já tenha sido submetido.

Em relação a seu filho (a), este terá seu comportamento frente ao atendimento odontológico observado, e seus batimentos cardíacos serão medidos antes e após o atendimento.

Em caso de dúvidas, por favor entre em contato conosco, pelos telefones:

324-9541 (residencial) 9983-6494 (celular)

Obrigada por sua atenção e colaboração.

Raquel Pertinhes Macerou

CRO 2147

OBS.: se preferir não participar, por favor, devolva as folhas em branco.

APÊNDICE B

Questionário para Avaliação de Fatores Influenciadores

Nome do responsável: .....

1) O Sr(a) já passou por alguma experiência odontológica?

   [ ] sim [ ] não

2) Quando foi sua última visita ao dentista?

   [ ]há um ano [ ]há cinco anos

   [ ]há dez anos [ ]há mais de dez anos

3) Como foi sua reação ao atendimento?

   [ ] indiferente [ ] agressivo

   [ ] tenso [ ] com medo

   [ ] com rejeição

4) Desistiu do tratamento?

   [ ] sim [ ] não

5) O Sr(a) sentiu-se traumatizado(a) devido a esta experiência?

   [ ] sim [ ] não

6) Quando o Sr(a) pensa no dentista o que lhe vem à mente?

   [ ] medo [ ] dor

   [ ] custo [ ] satisfação

7) Seu filho (a) já escutou relatos desagradáveis ou ruins sobre o atendimento odontológico por parte de familiares?

   [ ] sim [ ] não

APÊNDICE C

Medida de Freqüência Cardíaca

Prontuário: .....

Nome da criança: .....

Idade: .....

Freqüência cardíaca INICIAL: .....

Freqüência cardíaca FINAL: .....

ANEXO

ANEXO A

Escala de Ansiedade Odontológica (DAS)

Se você tem que ir ao dentista amanhã, como você se sente?
a) Eu consideraria como uma experiência agradável
b) Eu não teria escolha
c) Eu estaria um pouco preocupado
d) Eu estaria com medo porque pode ser desagradável e doloroso
e) Eu estaria muito amedrontado em relação aos procedimentos do dentista

Quando você está aguardando na sala de espera, como você se sente?
a) Relaxado
b) Pouco preocupado
c) Ansioso
d) Muito ansioso
e) Tão ansioso que, algumas vezes, transpiro e chego a me sentir mal

Quando você está na cadeira do dentista esperando que ele pegue a broca para trabalhar nos seus dentes, como você se sente?
a) Relaxado
b) Pouco preocupado
c) Ansioso
d) Muito ansioso
e) Tão ansioso que, algumas vezes, transpiro e chego a me sentir mal

Você está na cadeira do dentista para fazer uma limpeza nos dentes. Enquanto você espera e o dentista está pegando os instrumentais que ele usará para raspar seus dentes, como você se sente?
a) Relaxado
b) Pouco preocupado
c) Ansioso
d) Muito ansioso
e) Tão ansioso que, algumas vezes, transpiro e chego a me sentir mal

Nome do Responsável:.....

Nome da Criança: .....

ANEXO B

Avaliação Comportamental (Escala de FRANKL)

Valores: (--)=1, (-)=2, (+)=3, (++) = 4

Nome da criança:.....

1) Reação de separação da mãe: a) chorou (--) b) pediu que ela entrasse (-) c) olhou para a mãe, mas entrou sem dar a mão à dentista (+) d) deu a mão para o dentista (++)	**2) Reação inicial ao ambiente odontológico** a) chorou e não quis entrar, voltou para a mãe (--) b) ficou assustado, fazendo perguntas do tipo “vai doer?”, ficou olhando para a cadeira e instrumentais (-) c) reagiu com indiferença (+) d) sorrindo (++)
3) Reação à dentista: a) chorou (--) b) ficou fazendo perguntas do tipo:”vai doer?” (-) c) não conversou com a dentista (+) d) conversou e brincou (++)	**4) Reação ao sentar na cadeira:** a) não quis (--) b) ficou com medo de cair ou perguntando se iria doer (-) c) sentou na cadeira sem conversar ou sorrir para a dentista(+) d) sentou, sorriu, achou gostoso e conversou com a dentista (++)
5) Reação durante a profilaxia: a) não permitiu (--) b) demonstrou sinais de tensão e nervosismo (-) c) permitiu a realização do procedimento, sem restrições (+) d) sorriu e relatou estar gostoso (++)	**6) Reação após o exame:** a) pulou da cadeira e correu para os braços da mãe (--) b) esperou a dentista descer da cadeira e foi ao encontro da mãe (-) c) esperou a secretária abrir a porta mas saiu sem se despedir do dentista (+) d) abraçou a dentista e foi com ela ao encontro com a mãe (++)