

ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

***USO COMBINADO DE ESTRATÉGIAS
COMPORTAMENTAIS E FARMACOLÓGICAS
NO MANEJO DA CRIANÇA NÃO - COLABORADORA
DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.***

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

2000/7519

**PIRACICABA
- 2000 -**

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE**

**UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL**

ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON

Cirurgiã - Dentista

***USO COMBINADO DE ESTRATÉGIAS
COMPORTAMENTAIS E FARMACOLÓGICAS
NO MANEJO DA CRIANÇA NÃO - COLABORADORA
DURANTE O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO.***

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

Orientador:

Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes

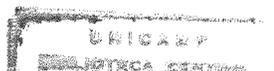
Este exemplar foi devidamente corrigido,
de acordo com a Resolução CPG-036/83
CPG, 28 / 09 / 90

Assinatura do Orientador

PIRACICABA

- 2000 -

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE



N.º CHAMADA:	
T/Unicamp	
P845u	
V.	Ex.
TOMBO BC/	43084
PROC.	16-278/00
C	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREC.º	R\$ 11,00
DATA	14/11/00
N.º CPD	



CM-00153422-8

Ficha Catalográfica

P845u	<p>Possobon, Rosana de Fátima.</p> <p>Uso combinado de estratégias comportamentais e farmacológicas no manejo da criança não-colaboradora durante o atendimento odontológico. / Rosana de Fátima Possobon. -- Piracicaba, SP : [s.n.], 2000.</p> <p>339p. : il.</p> <p>Orientador : Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes.</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.</p> <p>1. Crianças. 2. Comportamento. 3. Farmacologia. 4. Estratégias. I. Moraes, Antonio Bento Alves de. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.</p>
-------	---

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



FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS



A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Tese de MESTRADO, em sessão pública realizada em 26 de Junho de 2000, considerou a candidata ROSANA DE FÁTIMA POSSOBON aprovada.

1. Prof. Dr. ANTONIO BENTO ALVES DE MORAES

2. Profa. Dra. DEISY DAS GRAÇAS DE SOUZA

3. Prof. Dr. EDUARDO DIAS DE ANDRADE

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE

Dedico e agradeço:

À Deus:

*pela vida e
pela oportunidade de evoluir.*

Aos meus pais, Octávio e Catarina:

*pelo amor e abnegação,
e por me ajudarem a enfrentar
mais esta etapa da vida.*

Ao Paulo, companheiro de todas as horas:

*pela compreensão e paciência,
pelo amor e incentivo.*

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE

Agradeço especialmente:

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE

*Ao Prof. Dr. Antonio Bento Alves de Moraes,
orientador e amigo:
pela confiança em mim depositada,
pelos infindáveis ensinamentos
e pelo exemplo de dedicação ao ensino.*

Pela indispensável colaboração, agradeço:

*À psicóloga Fabíola Cristina Trivelatto,
assistente de pesquisa
e amiga de todas as horas,
pela importante atuação durante a execução
deste trabalho, no registro e concordância
dos dados e na confecção dos gráficos,
e pelo apoio emocional
e conselhos nas horas difíceis.*

*Ao Paulo Roberto Rizzo do Amaral,
técnico em imagem e som,
amigo e fiel colaborador em todos os
projetos desenvolvidos no Cepae,
pela atenção e pelo carinho com que
realizou os registros em vídeo – tape
de todas as sessões de atendimento
dos participantes deste trabalho.*

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE

Com carinho, agradeço:

Às minha irmãs

*Rosemari, Roseli e Rosangela:
pelo apoio, incentivo e carinho
e por me lembrarem de que a vida é
mais do que “estudo e trabalho”.*

*Aos meus sobrinhos Karina, Otávio Augusto,
Luis Rodrigo, Henrique e Maria Luiza:
pela alegria nos momentos difíceis.*

*Aos amigos Adriana, Guy, Fernando,
Thereza, Dindin e tantos outros:
pela paz transmitida
e pela presença constante.*

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANTE

Agradeço:

À Universidade Estadual de Campinas, na pessoa do Senhor Reitor, Prof. Dr. Hermano Medeiros Ferreira Tavares.

À Faculdade de odontologia de Piracicaba, na pessoa do Senhor Diretor, Prof. Dr. Antonio Wilson Sallum.

Ao Programa de Pós – Graduação em Odontologia, na pessoa do Senhor Coordenador, Prof. Dr. Pedro Luiz Rosalen.

Ao Departamento de Ciências Fisiológicas, na pessoa da Prof^ª Dr^ª Maria Cristina Volpato.

À Secretária do Departamento de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica, Srta. Maria Elisa dos Santos, pela atenção.

Aos professores do Curso de Pós – graduação em Odontologia, área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica da FOP – UNICAMP, pelos ensinamentos.

Aos colegas do Curso de Pós – graduação em Odontologia, área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica da FOP – UNICAMP, em especial à Regina e à Luciane, pela cumplicidade e carinho.

Ao Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais – Cepae, pela oportunidade de desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas do Cepae, em especial à Cátia, à Kira e à Beth, pelo apoio e pelas dicas importantes para o meu crescimento pessoal e profissional.

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANT

À todas as dentistas estagiárias do Cepae que atuaram como auxiliares durante o atendimento dos participantes.

À Luciana da Silva Sáttolo, pela comparação entre os registros e detecção de discordância.

À Prof^ª Dr^ª Gláucia M. Bovi Ambrozano, da Disciplina de Bioestatística do Departamento de Odontologia Social da FOP – UNICAMP, pelas orientações importantes relativas ao tratamento do dados coletados e à análise estatística dos resultados.

Aos Professores Doutores Francisco Carlos Groppo e Regina Maria Puppim Rontani, pelas importantes orientações nas fases de pré – qualificação e qualificação.

Aos professores Doutores Eduardo Dias de Andrade e Deisy das Graças de Souza, que compuseram a Banca Examinadora da defesa de tese, pela valiosa contribuição para a finalização deste trabalho.

Às Bibliotecárias Srta. Heloísa M^a Ceccotti, pela correção das Referências Bibliográficas e Srta. Marilene Girello, pela confecção da Ficha Catalográfica.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela concessão de uma bolsa de iniciação científica à uma acadêmica de Psicologia que atuou como auxiliar de pesquisa.

Aos participantes deste estudo e seus familiares, pela seriedade com que aceitaram fazer parte deste trabalho.

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

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SECÃO CIRCULANT

SUMÁRIO

	Página
LISTAS (TABELAS, FIGURAS e QUADROS).....	11
RESUMO.....	24
ABSTRACT.....	25
1. INTRODUÇÃO.....	27
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	35
2.1 Psicologia Comportamental.....	37
2.3 Farmacologia.....	51
2.4 Os Benzodiazepínicos.....	59
3. OBJETIVOS.....	73
4. METODOLOGIA.....	75
4.1 Os participantes.....	77
4.2 Delineamento experimental.....	99
4.3 Descrição do ambiente físico.....	102
4.4 Procedimentos.....	103
4.5 Registro e tratamento dos dados.....	111
5. RESULTADOS e DISCUSSÃO	
5.1 Resultados Individuais.....	119
5.2 Resultados Gerais.....	182
6. CONCLUSÕES.....	197
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	201
8. ANEXOS.....	211

LISTA DE TABELAS

Tabelas	Página
Tabela I.1: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 1ª sessão de atendimento de P-I, sem medicação.	124
Tabela I.2: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 2ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de placebo.	126
Tabela I.3: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 3ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de placebo.	128
Tabela I.4: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 4ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de diazepam.	130
Tabela I.5: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 5ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de diazepam.	132
Tabela I.6: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 6ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de placebo.	134
Tabela I.7: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 7ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de placebo.	136
Tabela I.8: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 8ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de diazepam.	138
Tabela I.9: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 9ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de diazepam.	140
Tabela II.1: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 1ª sessão de atendimento de P-II, sem medicação.	226
Tabela II.2: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 2ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de placebo.	230
Tabela II.3: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 3ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de placebo.	232
Tabela II.4: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 4ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de diazepam.	234
Tabela II.5: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 5ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de diazepam.	236
Tabela II.6: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 6ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de placebo.	238

Tabelas	Página
Tabela II.7: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 7ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de placebo.	242
Tabela II.8: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 8ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de diazepam.	244
Tabela II.9: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 9ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de diazepam.	246
Tabela III.1: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 1ª sessão de atendimento de P-III, sem medicação.	250
Tabela III.2: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 2ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de placebo.	252
Tabela III.3: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 3ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de placebo.	254
Tabela III.4: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 4ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de diazepam.	256
Tabela III.5: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 5ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de diazepam.	258
Tabela III.6: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 6ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de placebo.	260
Tabela III.7: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 7ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de placebo.	262
Tabela III.8: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 8ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de diazepam.	264
Tabela III.9: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 9ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de diazepam.	266
Tabela IV.1: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 1ª sessão de atendimento de P-IV, sem medicação.	272
Tabela IV.2: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 2ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de diazepam.	276

Tabelas	Página
Tabela IV.3: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 3ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de diazepam	278
Tabela IV.4: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 4ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de placebo.	282
Tabela IV.5: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 5ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de placebo.	284
Tabela IV.6: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 6ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de diazepam.	287
Tabela IV.7: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 7ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de diazepam.	291
Tabela IV.8: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 8ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de placebo.	293
Tabela IV.9: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 9ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de placebo.	295
Tabela V.1: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 1ª sessão de atendimento de P-V, sem medicação.	298
Tabela V.2: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 2ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de diazepam.	302
Tabela V.3: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 3ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de diazepam.	306
Tabela V.4: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 4ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de placebo.	308
Tabela V.5: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 5ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de placebo.	310
Tabela V.6: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 6ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de diazepam.	312
Tabela V.7: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 7ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de diazepam.	314
Tabela V.8: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 8ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de placebo.	316

Tabelas	Página
Tabela V.9: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 9ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de placebo.	318
Tabela VI.1: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 1ª sessão de atendimento de P-VI, sem medicação.	322
Tabela VI.2: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 2ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de diazepam.	324
Tabela VI.3: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 3ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de diazepam.	326
Tabela VI.4: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 4ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de placebo.	328
Tabela VI.5: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 5ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de placebo.	330
Tabela VI.6: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 6ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de diazepam.	332
Tabela VI.7: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 7ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de diazepam.	334
Tabela VI.8: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 8ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de placebo.	336
Tabela VI.9: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 9ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de placebo.	338

LISTA DE FIGURAS

Figuras	Página
Figura 1: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 1ª sessão de atendimento do P-I.	124
Figura 2: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 1ª sessão de atendimento do P-I.	124
Figura 3: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 2ª sessão de atendimento do P-I.	126
Figura 4: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 2ª sessão de atendimento do P-I.	126
Figura 5: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 3ª sessão de atendimento do P-I.	128
Figura 6: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 3ª sessão de atendimento do P-I.	128
Figura 7: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 4ª sessão de atendimento do P-I.	130
Figura 8: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 4ª sessão de atendimento do P-I.	130
Figura 9: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 5ª sessão de atendimento do P-I.	132
Figura 10: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 5ª sessão de atendimento do P-I.	132
Figura 11: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 6ª sessão de atendimento do P-I.	134
Figura 12: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 6ª sessão de atendimento do P-I.	134
Figura 13: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 7ª sessão de atendimento do P-I.	136
Figura 14: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 7ª sessão de atendimento do P-I.	136
Figura 15: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 8ª sessão de atendimento do P-I.	138

Figuras	Página
Figura 16: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 8ª sessão de atendimento do P-I.	138
Figura 17: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 9ª sessão de atendimento do P-I.	140
Figura 18: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 9ª sessão de atendimento do P-I.	140
Figura 19: Frequência relativa das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento do P-I.	142
Figura 20: Frequência relativa dos comportamentos emitidos pelo P-I durante as 9 sessões de atendimento.	142
Figura 21: Frequência relativa das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento do P-II.	148
Figura 22: Frequência relativa dos comportamentos emitidos pelo P-II durante as 9 sessões de atendimento.	148
Figura 23: Frequência relativa das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento do P-III.	156
Figura 24: Frequência relativa dos comportamentos emitidos pelo P-III durante as 9 sessões de atendimento.	156
Figura 25: Frequência relativa das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento do P-IV.	164
Figura 26: Frequência relativa dos comportamentos emitidos pelo P-IV durante as 9 sessões de atendimento.	164
Figura 27: Frequência relativa das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento do P-V.	172
Figura 28: Frequência relativa dos comportamentos emitidos pelo P-V durante as 9 sessões de atendimento.	172
Figura 29: Frequência relativa das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento do P-VI.	178
Figura 30: Frequência relativa dos comportamentos emitidos pelo P-VI durante as 9 sessões de atendimento.	178

Figuras	Página
Figura 31: Gráficos representativos das frequências relativas dos comportamentos de não – colaboração nas sessões com diazepam e com placebo	184
Figura II.1: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 1ª sessão de atendimento do P-II	226
Figura II.2: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 1ª sessão de atendimento do P-II.	226
Figura II.3: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 2ª sessão de atendimento do P-II.	230
Figura II.4: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 2ª sessão de atendimento do P-II.	230
Figura II.5: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 3ª sessão de atendimento do P-II.	232
Figura II.6: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 3ª sessão de atendimento do P-II.	232
Figura II.7: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 4ª sessão de atendimento do P-II.	234
Figura II.8: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 4ª sessão de atendimento do P-II.	234
Figura II.9: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 5ª sessão de atendimento do P-II.	236
Figura II.10: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 5ª sessão de atendimento do P-II.	236
Figura II.11: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 6ª sessão de atendimento do P-II.	238
Figura II.12: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 6ª sessão de atendimento do P-II.	238
Figura II.13: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 7ª sessão de atendimento do P-II.	242
Figura II.14: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 7ª sessão de atendimento do P-II.	242

Figuras	Página
Figura II.15: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 8ª sessão de atendimento do P-II.	244
Figura II.16: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 8ª sessão de atendimento do P-II.	244
Figura II.17: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 9ª sessão de atendimento do P-II.	246
Figura II.18: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 9ª sessão de atendimento do P-II.	246
Figura III.1: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 1ª sessão de atendimento do P-III.	250
Figura III.2: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 1ª sessão de atendimento do P-III.	250
Figura III.3: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 2ª sessão de atendimento do P-III.	252
Figura III.4: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 2ª sessão de atendimento do P-III.	252
Figura III.5: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 3ª sessão de atendimento do P-III.	254
Figura III.6: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 3ª sessão de atendimento do P-III.	254
Figura III.7: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 4ª sessão de atendimento do P-III.	256
Figura III.8: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 4ª sessão de atendimento do P-III.	256
Figura III.9: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 5ª sessão de atendimento do P-III.	258
Figura III.10: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 5ª sessão de atendimento do P-III.	258
Figura III.11: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 6ª sessão de atendimento do P-III.	260

Figuras	Página
Figura III.12: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 6ª sessão de atendimento do P-III.	260
Figura III.13: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 7ª sessão de atendimento do P-III.	262
Figura III.14: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 7ª sessão de atendimento do P-III.	262
Figura III.15: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 8ª sessão de atendimento do P-III.	264
Figura III.16: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 8ª sessão de atendimento do P-III.	264
Figura III.17: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 9ª sessão de atendimento do P-III.	266
Figura III.18: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 9ª sessão de atendimento do P-III.	266
Figura IV.1: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 1ª sessão de atendimento do P-IV.	272
Figura IV.2: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 1ª sessão de atendimento do P-IV.	272
Figura IV.3: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 2ª sessão de atendimento do P-IV.	276
Figura IV.4: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 2ª sessão de atendimento do P-IV.	276
Figura IV.5: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 3ª sessão de atendimento do P-IV.	278
Figura IV.6: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 3ª sessão de atendimento do P-IV.	278
Figura IV.7: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 4ª sessão de atendimento do P-IV.	282
Figura IV.8: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 4ª sessão de atendimento do P-IV.	282

Figuras	Página
Figura IV.9: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 5ª sessão de atendimento do P-IV.	284
Figura IV.10: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 5ª sessão de atendimento do P-IV.	284
Figura IV.11: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 6ª sessão de atendimento do P-IV.	286
Figura IV.12: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 6ª sessão de atendimento do P-IV.	286
Figura IV.13: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 7ª sessão de atendimento do P-IV.	290
Figura IV.14: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 7ª sessão de atendimento do P-IV.	290
Figura IV.15: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 8ª sessão de atendimento do P-IV.	292
Figura IV.16: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 8ª sessão de atendimento do P-IV.	292
Figura IV.17: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 9ª sessão de atendimento do P-IV.	294
Figura IV.18: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 9ª sessão de atendimento do P-IV.	294
Figura V.1: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 1ª sessão de atendimento do P-V.	298
Figura V.2: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 1ª sessão de atendimento do P-V.	298
Figura V.3: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 2ª sessão de atendimento do P-V.	302
Figura V.4: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 2ª sessão de atendimento do P-V.	302
Figura V.5: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 3ª sessão de atendimento do P-V.	306

Figuras	Página
Figura V.6: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 3ª sessão de atendimento do P-V.	306
Figura V.7: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 4ª sessão de atendimento do P-V.	308
Figura V.8: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 4ª sessão de atendimento do P-V.	308
Figura V.9: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 5ª sessão de atendimento do P-V.	310
Figura V.10: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 5ª sessão de atendimento do P-V.	310
Figura V.11: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 6ª sessão de atendimento do P-V.	312
Figura V.12: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 6ª sessão de atendimento do P-V.	312
Figura V.13: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 7ª sessão de atendimento do P-V.	314
Figura V.14: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 7ª sessão de atendimento do P-V.	314
Figura V.15: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 8ª sessão de atendimento do P-V.	316
Figura V.16: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 8ª sessão de atendimento do P-V.	316
Figura V.17: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 9ª sessão de atendimento do P-V.	318
Figura V.18: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 9ª sessão de atendimento do P-V.	318
Figura VI.1: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não – colaboração, na 1ª sessão de atendimento do P-VI.	322
Figura VI.2: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 1ª sessão de atendimento do P-VI.	322

Figuras	Página
Figura VI.3: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 2ª sessão de atendimento do P-VI.	324
Figura VI.4: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 2ª sessão de atendimento do P-VI.	324
Figura VI.5: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 3ª sessão de atendimento do P-VI.	326
Figura VI.6: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 3ª sessão de atendimento do P-VI.	326
Figura VI.7: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 4ª sessão de atendimento do P-VI.	328
Figura VI.8: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 4ª sessão de atendimento do P-VI.	328
Figura VI.9: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 5ª sessão de atendimento do P-VI.	330
Figura VI.10: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 5ª sessão de atendimento do P-VI.	330
Figura VI.11: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 6ª sessão de atendimento do P-VI.	332
Figura VI.12: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 6ª sessão de atendimento do P-VI.	332
Figura VI.13: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 7ª sessão de atendimento do P-VI.	334
Figura VI.14: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 7ª sessão de atendimento do P-VI.	334
Figura VI.15: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 8ª sessão de atendimento do P-VI.	336
Figura VI.16: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 8ª sessão de atendimento do P-VI.	336
Figura VI.17: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não - colaboração, na 9ª sessão de atendimento do P-VI.	338
Figura VI.18: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 9ª sessão de atendimento do P-VI.	338

LISTA DE QUADROS

Quadros	Página
Quadro I: Número de sessões, medicação oferecida, duração da sessão, procedimentos realizados, comportamento(s) emitido(s) com maior frequência por P-I e estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) pela dentista.	123
Quadro II: Número de sessões, medicação oferecida, duração da sessão, procedimentos realizados, comportamento(s) emitido(s) com maior frequência por P-II e estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) pela dentista.	147
Quadro III: Número de sessões, medicação oferecida, duração da sessão, procedimentos realizados, comportamento(s) emitido(s) com maior frequência por P-III e estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) pela dentista.	155
Quadro IV: Número de sessões, medicação oferecida, duração da sessão, procedimentos realizados, comportamento(s) emitido(s) com maior frequência por P-IV e estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) pela dentista.	163
Quadro V: Número de sessões, medicação oferecida, duração da sessão, procedimentos realizados, comportamento(s) emitido(s) com maior frequência por P-V e estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) pela dentista.	171
Quadro VI: Número de sessões, medicação oferecida, duração da sessão, procedimentos realizados, comportamento(s) emitido(s) com maior frequência por P-VI e estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) pela dentista.	177
Quadro 1: Índice de concordância mantido após a revisão, apresentado por sessão e por participante, relativo ao total de intervalos da sessão.	221
Quadro 2: Medicação utilizada, comportamento(s) predominante(s) e emprego da contenção física em cada sessão de atendimento.	183
Quadro 3: Médias dos comportamentos emitidos pelos participantes e médias das estratégias utilizadas pela dentista, nas sessões com placebo e nas sessões com diazepam (Teste de Wilcoxon pareado).	194

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo avaliar a eficácia do emprego do diazepam associado a estratégias psicológicas de manejo do comportamento no controle de crianças não - colaboradoras frente ao tratamento odontológico. Para isso, foram selecionados 6 participantes com idade média de 4 anos e 6 meses, que receberam tratamento odontológico durante 9 sessões, nas quais empregou-se o placebo ou o diazepam (0,3 mg/Kg de peso) de maneira duplo - cega, além das estratégias psicológicas de manejo do comportamento (distração, explicação, reforçamento e estabelecimento de regras). As sessões foram filmadas em vídeo – tape, com marcas sonoras a cada 15 segundos, indicativas dos momentos em que os comportamentos emitidos pelos participantes (choro, movimentos de corpo e/ou cabeça, fuga e esquivia) e as estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista foram registrados. Os resultados mostraram que o medicamento na dose utilizada foi eficaz para controlar os comportamentos apenas de 1 participante, sendo que os demais necessitaram da utilização da estratégia de restrição física (realizada pela mãe e pela auxiliar da dentista) para a realização dos procedimentos. Entretanto, após o uso desta estratégia, houve uma melhora gradual nos comportamentos de colaboração e na interação dentista - criança e o tratamento foi plenamente realizado. Isto pode significar que, para algumas crianças, o enfrentamento obrigatório da experiência odontológica pode ser uma estratégia necessária em casos de forte resistência e rebeldia, nas circunstâncias em que sua saúde bucal apresenta-se muito comprometida. As estratégias comportamentais de preparação para o tratamento odontológico devem ser planejadas, a fim de auxiliar a exposição da criança às condições reais do tratamento, principalmente nas sessões iniciais, evitando reforçar comportamentos inadequados.

PALAVRAS-CHAVE: crianças não - colaboradoras; comportamento; controle farmacológico; estratégias de manejo.

ABSTRACT

The present research intends to investigate the use of diazepam in conjunction with behavioral strategies to manage uncooperative behavior of child dental patients. A participants (P), 6 children (mean age 4 years and 6 months), received formal dental treatment during 9 sessions for each child. Using a double-blind design children received, in each session placebo or diazepam (0,3 mg/weight) and at the same time were submitted to behavior management produces (distraction, explanation, reinforcement and set rule and limits). All sessions were recorded in video-tapes. The tapes were biped in 15 seconds intervals, in which pre-trained observers recorded child's (crying, body and/or head movements, escape and avoidance) and dentist's behavior. The analysis of the results indicate that diazepam, considering the used dose, was only effective with one subject (P-I). The behavior of the other 5 participants (II, III, IV, V e VI) demanded physical restriction (PR) used by the mother and the dental assistant. However, after using PR, it was observed a gradual improvement in children's behavior and also a better interaction dentist - child. Dental treatment procedures were fully completed. This kind of behavior may mean that for some children, forced coping of dental treatment situation may be a necessary strategy in those cases of high uncooperative behavior and also under circumstances of poor oral health. The behavioral preparation strategies for dental treatment should have a more precise planning in order to help the child to face the real dental treatment conditions manly in the first sessions avoiding not to reinforce inappropriate behaviors.

Key words: uncooperative children; behavior control; pharmacological control.

*“Nas relações humanas,
o agente de ajuda nunca é somente a técnica,
mas a pessoa que a emprega.
Sem compaixão e autenticidade, a técnica falha”.*

Roberts, 1995.

1. INTRODUÇÃO

O tratamento odontológico, em muitas circunstâncias, é um grande desafio para o paciente e para o profissional, devido às condições aversivas presentes (CESAR, 1988).

A visita ao dentista pode ser uma experiência assustadora para muitas pessoas. Alguns estudos mostram que, em países industrializados, 50% das pessoas adultas tem medo de dentista, sendo que de 5% a 15% sentem tanto medo que evitam o tratamento (POULTON et al., 1997). O medo leva o indivíduo a cancelar ou adiar suas consultas, agravando ainda mais o problema odontológico (COSTA & MORAES, 1994).

Entretanto, as pessoas não nascem com medo de dentista: a associação de medo e Odontologia desenvolve-se ao longo do processo de socialização e das experiências de aprendizagem.

Alguns estudos sobre a etiologia do “medo odontológico” têm mostrado que são as experiências negativas no consultório odontológico que mais freqüentemente levam ao medo e esquiva do tratamento, entre elas a relação interpessoal negativa com o dentista (MORAES, 1999). Outros trabalhos (KLEINKNECHT et al., 1973; MILGROM, 1988 e COSTA & MORAES, 1994) investigaram os aspectos mais aversivos da situação odontológica e apontaram para a anestesia injetável e o uso do alta ou baixa - rotação. Outras possíveis origens do medo odontológico podem ser experiências odontológicas de outras pessoas e transmitidas à criança no ambiente familiar ou, de maneira indireta, pelos meios de comunicação (MORAES & GIL, 1991).

Ao lidar com pacientes na faixa etária pré - escolar fica claro que, além das dificuldades em colaborar com o tratamento, inerentes à idade, tais como permanecer

imóvel por alguns minutos com a boca aberta, o medo específico à situação odontológica pode impedir a atuação adequada do profissional. Obviamente, é muito mais fácil lidar com os comportamentos de uma criança que não tem experiência odontológica do que manejar os comportamentos daquelas que já tiveram experiências desagradáveis no dentista (PIEDALUE & MILNES, 1994).

Embora medo e comportamentos de não - colaboração possam estar relacionados, esta relação não é perfeita, ou seja, nem todo comportamento de não - colaboração representa o medo e nem toda criança temerosa é não - colaboradora (INGERSOLL, 1982). PINKHAM (1993) afirma que o medo pode ser um fator predisponente para comportamentos de esquiva, mas que estes comportamentos também podem ocorrer com crianças já familiarizadas com o tratamento, portanto, não manifestando respostas de medo.

A percepção da criança em relação ao tratamento odontológico e à figura do dentista foi avaliada por SILVA et al. (1992). Os autores aplicaram um questionário a 280 crianças com idade entre 7 e 12 anos e concluíram que a maioria delas gosta da pessoa do dentista, embora sintam a situação de tratamento e o ambiente do consultório como “repulsivo”.

STOKES & KENNEDY (1980) descrevem o atendimento odontológico como sendo uma situação diferente do ambiente natural da criança, onde ela deita-se de costas enquanto dois adultos colocam em sua boca numerosos objetos, alguns dos quais fazem barulhos estranhos, causam sensações diferentes e dor. Entretanto, o tratamento é necessário e deve ser conduzido de forma a minimizar os efeitos desagradáveis ao paciente.

Muitas crianças demonstram comportamentos que dificultam ou impedem a atuação do dentista, necessitando de planejamento e utilização de estratégias especiais de manejo.

Em algumas situações, como nas urgências, a criança precisa ser contida para que seja realizado o tratamento e a eliminação da dor. A partir desta sessão, várias outras são necessárias para a adaptação da criança à situação odontológica e assim, dar continuidade ao seu tratamento. Entretanto, alguns tratamentos não podem ser adiados para esperar que a criança apresente comportamentos adequados, com risco do quadro clínico ser agravado e dificultar ainda mais o tratamento necessário.

Um grande número de cirurgiões - dentistas consideram crianças não - colaboradoras um dos problemas mais freqüentes enfrentados na clínica odontológica (INGERSOLL, 1982). Alguns estudos mostram que 1 em cada 4 crianças apresenta comportamentos de não - colaboração durante o tratamento e que o clínico geral pode esperar de 1 a 2 crianças com problemas de comportamento por semana em seu consultório, um fato sugestivo de que muitos profissionais enfrentam tais problemas (KUHN & ALLEN, 1994; AYER & CORAH, 1984).

As dificuldades e os riscos envolvidos no atendimento odontológico de crianças não - colaboradoras podem ser tão evidentes que desencorajam alguns clínicos a atendê-las (INGERSOLL et al., 1984). Comportamentos inadequados da criança atrasam e muitas vezes impedem a atuação do cirurgião - dentista que, em geral, não é remunerado pelo tempo empregado no tratamento, mas pela realização de procedimentos específicos completos.

Assim, a atuação profissional durante o atendimento destes pacientes, não restringe-se apenas à atuação técnica - odontológica, realizada por meio de práticas curativas e/ou preventivas que promovam saúde bucal no paciente, de maneira eficaz e duradoura. O atendimento adequado da criança não - colaboradora requer um cirurgião - dentista

preparado para trabalhar com os problemas comportamentais, considerando as características de cada criança, a fase de desenvolvimento em que se encontra e as circunstâncias específicas de cada situação.

A criança não - colaboradora pode ser considerada um paciente especial, por apresentar dificuldades em ajustar-se às exigências do tratamento odontológico convencional, necessitando de alterações na rotina do atendimento, por meio da introdução de estratégias de manejo, que não são utilizadas regularmente pelos cirurgiões - dentistas. O uso de estratégias de manejo do comportamento tem sido um recurso importante no controle de crianças não - colaboradoras, auxiliando-as no enfrentamento do estresse gerado pela situação odontológica.

A Odontologia tem buscado recursos na Psicologia para definir um arsenal de estratégias eficientes para o controle destas crianças. O arsenal de estratégias comportamentais é grande e variado, mas tão importante quanto escolher a estratégia indicada para cada momento da situação odontológica, levando em consideração as particularidades de cada criança, é a maneira como estas estratégias são empregadas (ROBERTS, 1995).

A literatura atual confirma o interesse dos pesquisadores em encontrar maneiras de adequar os comportamentos da criança à situação odontológica. Diversos estudos que abordam a questão do manejo do comportamento do paciente odontológico infantil (descritos na seção “Revisão da Literatura”) têm sido realizados com o intuito de investigar a eficácia de estratégias de manejo que sejam de fácil aprendizagem e implementação e que não consumam tempo e pessoal extra para a sua realização.

A despeito de todo o cuidado na escolha e implementação da estratégia de manejo mais adequada a cada situação, algumas crianças mostram-se refratárias ou mais resistentes. Nestes casos, em que o uso exclusivo do controle comportamental não permite uma adequada atuação profissional, o emprego de substâncias farmacológicas, como os ansiolíticos, podem auxiliar diminuindo a ansiedade da criança e permitindo a realização do seu tratamento, uma vez que a ansiedade pode ser compreendida como um componente importante das reações de não - colaboração (MORAES & PESSOTTI, 1985). O emprego de drogas para o manejo do comportamento da criança pode ser uma alternativa também nos casos em que não há tempo para empregar as estratégias comportamentais de manejo, como por exemplo quando existe urgência na resolução do caso, pela presença de sintomatologia dolorosa intensa.

A utilização de sedação leve em pacientes odontopediátricos parece reduzir o tempo operatório de cada sessão, proporcionar um menor grau de agitação e choro e aumentar a sonolência e a cooperação (ALBUM, 1961; BADALATY, et al., 1990; SAMS et al., 1993).

Alguns trabalhos de pesquisa na área de saúde geral combinam as abordagens comportamentais e farmacológicas e demonstram que esta pode ser uma alternativa importante no controle de pacientes não - colaboradores. Parece haver uma melhora nos comportamentos de crianças quando realiza-se uma combinação de estratégias farmacológicas (sedação leve) e comportamentais (WEINSTEIN, 1986; DWORKIN, 1986).

Entretanto, alguns autores acreditam que, tão importante quanto determinar uma estratégia eficaz para o manejo da criança não - colaboradora, é a aceitação desta estratégia por seus pais. LAWRENCE et al. (1991) avaliaram a aceitação de estratégias

comportamentais e farmacológicas utilizadas no manejo da criança. Para isso, foram selecionados aleatoriamente 80 adultos entre um grupo de pais de pacientes que acompanhavam os filhos ao Hospital Infantil de Columbus (Ohio – USA). Os 80 participantes foram distribuídos em 2 grupos que assistiam a um vídeo - tape com cenas de crianças com idade entre 2 e 5 anos recebendo tratamento odontológico enquanto os dentistas utilizavam as seguintes estratégias de manejo de comportamento: conte - mostre - faça, controle de voz, exercício da mão sobre a boca (“Hand Over Mouth Exercise”: HOME), restrição física passiva na Papoose Board (envoltório de tecido que limita os movimentos da criança), restrição física ativa pela equipe auxiliar, pré - medicação oral com monitoração, sedação com óxido nitroso e anestesia geral. A única diferença entre os grupos é que o vídeo - tape apresentado a um deles trazia uma descrição das estratégias utilizadas. Após cada cena, os participantes deveriam assinalar um marco numa escala de aceitabilidade da estratégia que ia de completamente aceitável a completamente inaceitável. Os resultados mostraram que o grupo que teve acesso à descrição das estratégias teve escores de aceitação maiores que o grupo que não recebeu informação. Nenhuma estratégia foi considerada completamente inaceitável pelo primeiro grupo. Para o segundo grupo, 10 participantes disseram ser completamente inaceitável a anestesia geral; 5 não aceitariam a restrição passiva; 5, a pré - medicação oral e 2 participantes não aceitariam o HOME. Ambos os grupos preferiram a restrição física ativa ao HOME, à restrição passiva no Papoose Board, à pré - medicação oral e à anestesia geral.

Num trabalho semelhante, MURPHY et al. (1984) reuniram um grupo de 67 pais, que assistiam a um vídeo - tape no qual crianças com idade entre 3 e 5 anos recebiam tratamento odontológico enquanto era utilizada uma das estratégias seguintes: controle de

voz, reforçamento positivo, conte - mostre - faça, abridor de boca, HOME, restrição física feita pelo dentista, restrição física feita pelo auxiliar, restrição física na Papoose Board, sedação e anestesia geral. Cada participante indicava a aceitabilidade da estratégia. Os resultados mostraram que a maioria dos pais foi a favor do conte - mostre - faça, reforçamento positivo, controle de voz e uso do abridor de boca. A restrição física feita pelo dentista e pela assistente foi mais aceita do que sedação e HOME. As estratégias menos aceitas foram a restrição no Papoose Board e a anestesia geral.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Na tentativa de encontrar soluções para o problema de comportamento de crianças durante o atendimento odontológico, muitos pesquisadores têm experimentado estratégias comportamentais ou farmacológicas.

Com base na descrição dos trabalhos apresentados a seguir, verifica-se que estas estratégias, utilizadas na maioria das vezes separadamente, auxiliam a criança a enfrentar o estresse da situação odontológica. Porém, nenhum autor conseguiu obter como resultado 100% de colaboração de seus pacientes.

Psiquiatras e psicólogos têm utilizado estratégias comportamentais e farmacológicas associadas para o tratamento de desordens crônicas, tais como a agorafobia e a depressão, como também para o tratamento de doenças de natureza psicossomática, como hipertensão e asma. Parece que a eficácia do tratamento está associada não só às propriedades farmacológicas da droga utilizada, mas à associação destas às estratégias comportamentais (DWORKIN, 1986; WEINSTEIN & NATHAN, 1988).

Na Odontologia parece não haver trabalhos mostrando os efeitos da integração destas duas estratégias para o manejo da criança não - colaboradora (WEINSTEIN, 1986; WEINSTEIN & NATHAN, 1988). Por este motivo, os trabalhos apresentados nesta seção estão divididos em dois itens denominados “Psicologia comportamental” e “Farmacologia”.

No final desta seção, há uma descrição da medicação ansiolítica utilizada neste trabalho, mostrando a natureza da droga, sua segurança e eficácia.

2.1 PSICOLOGIA COMPORTAMENTAL

Os trabalhos apresentados a seguir mostram um panorama geral da pesquisa comportamental em Odontopediatria e possibilitam a inserção do presente estudo num contexto mais amplo de pesquisa e aplicação.

Esta seção apresenta os trabalhos de pesquisa agrupados segundo o tipo de procedimento investigado, como uma maneira de mostrar a diversidade de estudos na área, assim como a ampla possibilidade de investigação científica.

Modelação e Dessensibilização

JOHNSON & MACHEN (1973) e MACHEN & JOHNSON (1974), testaram a eficácia de duas estratégias de manejo do comportamento - a modelação, comparada à dessensibilização - com crianças de 36 a 65 meses de idade, sem experiência odontológica. As crianças foram divididas em 3 grupos, destinados a receber o tratamento odontológico na vigência da dessensibilização e da modelação. Além disso, para um terceiro grupo (grupo controle), o tratamento odontológico foi realizado de maneira regular, sem nenhuma estratégia de manejo comportamental planejada. A primeira sessão para os 3 grupos era destinada ao exame clínico, profilaxia e tomadas de radiografias, sendo que o dentista utilizava a estratégia do “conte - mostre - faça” com todas as crianças (sessão de linha de base). O tratamento restaurador era realizado na 2ª e 3ª sessões. Antes destas sessões, o grupo de crianças submetidas a modelação assistia a um vídeo - tape com duração aproximada de 11 minutos, que mostrava uma criança sendo atendida e demonstrando

comportamentos colaboradores, que eram recompensados pelo dentista com elogios e brindes. As crianças do grupo de dessensibilização foram encaminhadas a uma sala comum (diferente do consultório odontológico) e uma dentista mostrou os instrumentos odontológicos, apresentando-os em ordem crescente de potencial gerador de ansiedade (exemplo: o espelho bucal foi mostrado antes da seringa anestésica), numa sessão que durou 30 minutos. Perto do final da sessão, as crianças foram conduzidas para o consultório e conheceram os equipamentos. Os comportamentos das crianças foram classificados durante as três sessões de atendimento de acordo com 4 categorias: 1 - definitivamente negativo (quando a criança apresentava recusa ao tratamento, hostilidade, medo extremo, choro forte e isolamento); 2 - levemente negativo (menor resistência ao tratamento, medo, nervosismo ou choro); 3 - levemente positivo (aceitação cautelosa do tratamento, alguma relutância, perguntas ou táticas de atraso, boa vontade moderada para colaborar com o dentista) e 4 - definitivamente positivo (bom relacionamento com o dentista, nenhum sinal de medo, interesse nos procedimentos, contato verbal apropriado). Os resultados mostraram que, para os 3 grupos, houve uma diminuição nas taxas de não - colaboração entre a primeira e a terceira sessão, e que durante a realização dos procedimentos restauradores na segunda e na terceira sessão, as taxas de não - colaboração foram significativamente menores nos grupos experimentais quando comparados ao grupo controle. Entretanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre as taxas de não - colaboração dos grupos experimentais. Os autores demonstraram que estas estratégias são de fácil utilização, não implicam em demasiado aumento do tempo da sessão mas, apesar de terem conseguido um aumento nos índices de colaboração, não houve extinção completa dos

problemas de comportamento, os quais foram observados ainda na terceira sessão de atendimento odontológico.

MELAMED et al. (1975b) avaliaram a eficácia da modelação por vídeo - tape (VT), num estudo com 14 crianças sem experiência odontológica, com idades entre 5 e 9 anos. Uma criança modelo com 5 anos de idade submetia-se a um tratamento restaurador, demonstrando comportamentos adequados e recebendo reforçamento positivo por meio de elogios, após a emissão de comportamentos colaboradores, e de brindes, ao final da sessão. Os participantes foram divididos em dois grupos. As 2 primeiras sessões foram idênticas para os dois grupos (Sessões de linha de base - 1ª sessão: radiografias e profilaxia e 2ª sessão: exame clínico). Na 3ª sessão, quando ocorria o tratamento restaurador com uso de anestesia e isolamento absoluto, as 7 crianças do grupo experimental assistiam ao VT antes da intervenção odontológica e as crianças do grupo controle apenas entravam na sala de VT e eram convidadas a fazer desenhos durante o mesmo período de tempo de duração do VT. Os comportamentos das crianças durante o atendimento foram observados e registrados utilizando uma ficha de observação que continha diversas categorias de comportamento da criança, tais como: recusa em sentar na cadeira odontológica, chutar, chorar, não abrir a boca, etc. Os resultados mostraram que as crianças do grupo experimental apresentaram níveis mais altos de colaboração que as crianças do grupo controle e que estas mostraram um aumento dos comportamentos de não - colaboração da ordem de 120% entre a primeira e a terceira sessão.

Num estudo semelhante, MELAMED et al. (1975a) observaram que, enquanto o nível de não - colaboração durante os procedimentos restauradores aumentou para o grupo

que não passava pela modelação em cerca de 256%, o comportamento das crianças do grupo experimental melhorou em 23%. Isto permite concluir que a modelação pode auxiliar a criança a enfrentar a situação odontológica em sua primeira experiência, sem entretanto conseguir eliminar todos os problemas de não - colaboração.

STOKES & KENNEDY (1980) avaliaram o uso de modelação “ao vivo” como forma de diminuir a não - colaboração sem que para isso houvesse a necessidade de maior gasto de tempo ou de recursos materiais. Este estudo envolveu 8 crianças de 7 anos de idade que passaram por duas sessões de linha de base, nas quais conheciam o ambiente odontológico e recebiam profilaxia e aplicação tópica de flúor, enquanto eram utilizadas estratégias de familiarização, reforçamento positivo e “conte - mostre - faça”. Após estas sessões, o tratamento restaurador era iniciado e cada criança era agendada de modo que pudesse observar a criança anterior sendo tratada e fosse observada durante seu próprio atendimento pelo paciente seguinte. Os comportamentos eram observados e registrados segundo 4 categorias: movimentos de cabeça, movimentos de corpo, choro ou queixas e interrupção do procedimento. Todas as crianças apresentaram um decréscimo dos comportamentos de não - colaboração durante as sessões experimentais, embora ainda houvesse sinais de não - colaboração presentes até o final do tratamento.

Conte - mostre - faça

A estratégia de manejo do comportamento chamada “conte - mostre - faça”, idealizada por ADDELSTON (1959), mostrou-se importante para diminuir a ansiedade de pacientes, principalmente daqueles sem experiência odontológica prévia. Utilizando esta estratégia, o dentista explica ao paciente o procedimento que será realizado, demonstrando-o em manequim ou em outro objeto, para posteriormente realizar o procedimento na boca. MILGROM et al. (1985) destacaram que esta estratégia ensina o paciente as “novas sensações” envolvidas no tratamento, eliminando possivelmente o medo do desconhecido e o fator “surpresa”, que pode assustar. Estes autores acreditam que a utilização de um espelho para que o paciente observe seus dentes sendo tratados, pode auxiliá-lo a fazer a dissociação entre medo e aquilo que estão observando, como se o tratamento estivesse sendo realizado em outra pessoa.

Reforçamento e fuga contingente

ALLEN & STOKES (1987) utilizaram a prática do reforçamento para melhorar a cooperação de 5 crianças com idade entre 3 e 6 anos, durante o tratamento odontológico. As crianças eram recompensadas com pausas no tratamento, pequenos brindes e elogios quando emitiam comportamentos colaboradores. As sessões foram filmadas em vídeo-tape e os comportamentos das crianças registrados e observados a cada 15 segundos. Os autores encontraram uma redução de 75% nos níveis de não - colaboração nas sessões de tratamento comparadas às sessões de linha de base (nas quais não foram utilizadas as

estratégias de recompensa), mostrando a eficácia desta estratégia em aumentar a colaboração da criança.

O trabalho de ALLEN et al. (1988) mostrou que a utilização do reforçamento e da fuga contingente podem auxiliar no controle dos comportamentos de não - colaboração. Os participantes deste trabalho foram 2 crianças, ambos com 36 meses de idade, que apresentaram comportamentos extremamente não - colaboradores durante tratamentos odontológicos anteriores, inclusive com alto grau de agressividade contra a equipe profissional, necessitando de contenção física na maioria das visitas, nas quais as estratégias de distração e entrega de brindes não se mostraram eficazes. O tratamento destes participantes foi realizado da seguinte maneira: nas sessões de linha de base (2 sessões para um participante e 3 sessões para o outro: procedimento de linha de base múltipla) o dentista ou a assistente explicava os procedimentos que seriam realizados e as possíveis sensações; durante o tratamento, elogiava a criança pelos comportamentos de colaboração ou por ter permanecido quieta e, ao final da consulta, oferecia um brinde. Nas 4 sessões experimentais, um dos autores da pesquisa (que não era o dentista que fazia o atendimento) levava a criança para o consultório e dizia que ela teria a oportunidade de ser o “grande ajudante” do dentista: se permanecesse quieta, com as mãos ao lado do corpo, ela seria recompensada com uma breve interrupção no tratamento e com um brinde no final da sessão. O tempo de colaboração exigido para que o dentista interrompesse o procedimento era aumentado em alguns segundos a cada procedimento, até que a criança conseguisse permanecer quieta por 30 segundos. Durante a sessão, os comportamentos colaboradores eram recompensados com um adesivo colorido que era colado num pequeno álbum, que

ficava pendurado no refletor, para que fosse visto facilmente pela criança. Quando o álbum recebia 5 adesivos, ele era entregue à criança. Ao final da consulta, se a criança apresentasse comportamentos de colaboração em 70% do tempo ou 15% a mais que na sessão anterior, poderia escolher mais um brinde. As sessões foram observadas por dois observadores independentes, que anotavam, a cada 15 segundos, os comportamentos manifestados (movimento de cabeça, movimentos de corpo, choro e reclamações e movimentos de corpo que requeriam restrição física). Basicamente, seis procedimentos clínicos foram observados a cada sessão: uso da sonda exploradora, injeção da anestesia, instalação do isolamento absoluto, uso de alta ou baixa - rotação, uso da seringa tríplice ou sugador e procedimentos de restauração. Os autores conseguiram com isso diminuir, em média, 65% das taxas de não - colaboração.

ALLEN et al. (1992) também utilizaram a contingência de fuga. Os sujeitos foram 4 crianças com idade entre 3 e 7 anos, que apresentavam níveis muito baixos de colaboração. Após uma ou duas sessões de linha de base, as crianças recebiam uma breve pausa durante o tratamento e um elogio, caso permanecessem colaboradoras durante a intervenção. Caso contrário, o dentista continuava a realizar o procedimento e explicava à criança que ele pararia quando ela colaborasse. As crianças apresentaram uma redução nos comportamentos não - colaboradores durante as sessões em que houve o uso da fuga contingente. Estes resultados sugerem que a exposição temporária à fuga, durante o tratamento odontológico, contingente ao comportamento de colaboração, pode ser um meio efetivo para o dentista manejar crianças difíceis. Entretanto, os autores sugerem que, se o

nível de não - colaboração das crianças fosse maior, esta estratégia teria sido insuficiente para manejá-las.

Introdução gradual

CESAR (1988) encontrou níveis crescentes de não - colaboração ao longo das sessões de atendimento odontológico de 2 pacientes especiais (um não - colaborador e um portador de deficiência mental). Neste estudo, realizado no Laboratório de Psicologia Aplicada (FOP - UNICAMP), foram utilizadas estratégias para introdução gradual do paciente ao ambiente odontológico, iniciando o tratamento pelos procedimentos mais simples e gradualmente chegando aos mais complexos ou com maior potencial gerador de ansiedade e dor. Os comportamentos dos pacientes e dos dentistas (dois alunos do último ano de graduação da FOP - UNICAMP) e os procedimentos clínicos realizados foram observados através de um espelho com visão uni - direcional e registrados numa ficha de observação. Os comportamentos dos pacientes que dificultaram ou impediram a progressão do tratamento odontológico foram agrupados sob a categoria denominada como “resistência” ao tratamento. Foram realizadas medidas de duração do tempo em que houve resistência ao tratamento por sessão. Os resultados indicaram uma tendência a diminuir a colaboração no decorrer das sessões, exceto nas sessões em que foram realizados procedimentos simples e não invasivos, como a profilaxia.

Relaxamento, distração e controle percebido

CORAH et al. (1979a), avaliaram a eficácia das estratégias de relaxamento, distração e controle percebido para diminuir a ansiedade e o desconforto durante o tratamento odontológico de 80 adultos. Os participantes foram divididos em quatro grupos: o primeiro recebia o tratamento odontológico enquanto ouvia, por meio de fones de ouvido, instruções para relaxar os músculos; o segundo grupo, distraía-se com um jogo de vídeo - game; ao terceiro grupo era entregue um interruptor, com o qual poderia sinalizar ao dentista quando desejasse interromper a sessão; o quarto grupo recebeu o tratamento da maneira convencional e serviu de controle. Após as sessões de tratamento, o grau de desconforto dos participantes era avaliado por eles mesmos e pelo dentista, por meio da utilização de uma escala que pontuava as sensações percebidas durante a realização dos procedimentos, classificando o paciente de calmo, relaxado a tenso, preocupado. Os autores concluíram que a estratégia de distração mostrou ser mais eficaz para os participantes do sexo masculino, enquanto o relaxamento foi mais eficaz para as mulheres. O controle percebido, ou seja, a possibilidade de interromper o tratamento sinalizando o desejo ao dentista, não mostrou diminuir ansiedade ou desconforto em ambos os sexos. Estes autores, no mesmo ano (CORAH et al., 1979b), compararam somente relaxamento e distração a um grupo controle, aplicando estas estratégias em 96 participantes, confirmando os resultados do trabalho anterior. Os autores sugerem que estas estratégias podem ser facilmente utilizadas no consultório, sem necessidade de grandes investimentos e com resultados satisfatórios.

Resultados semelhantes ao de CESAR (1988) (apresentados no sub-item “*introdução gradual*”) foram encontrados por STARK et al. (1989), que testaram a eficácia da técnica de distração, durante o atendimento odontológico de 4 crianças não - colaboradoras, com idades entre 4 e 7 anos. Para a seleção dos participantes, foram utilizadas escalas de colaboração e ansiedade, que classificaram as crianças de extremamente colaborador a extremamente não - colaborador e de extremamente ansioso a extremamente relaxado. Após as sessões de linha de base (três para 1 criança e duas para as outras 3 crianças), em que foram empregados apenas as estratégias do “conte - mostre - faça” e reforçamento positivo, os sujeitos foram expostos a estímulos de distração por meio da observação de um poster com desenhos infantis e de uma história sobre a figura do poster, ouvida através de fones de ouvido, durante a execução do tratamento. Ao final da sessão, a criança deveria responder um teste com 16 itens sobre a história ouvida e, caso acertasse 65% ou mais das questões, poderiam escolher um brinde especial. Se o acerto fosse menor que 65%, a criança ganharia um balão de ar e um brinde comum. O comportamento da criança (movimento de corpo e de cabeça e reclamações) e o procedimento odontológico realizado eram anotados numa ficha de observação a cada 15 segundos, por dois observadores independentes. As sessões foram filmadas em VT, que foram utilizados para conferir as observações quando a concordância entre os observadores fosse inferior a 80%. Os resultados deste estudo mostraram que para 3 crianças, a ansiedade e os comportamentos não - colaboradores aumentaram ao longo das sessões de linha de base e que houve um decréscimo imediato destes comportamentos inadequados na primeira sessão em que utilizou-se a técnica de distração. Entretanto, após as visitas sucessivas com distração, houve um crescente aumento nos níveis de não - colaboração. Isto torna clara a

necessidade de investigar uma maneira de diminuir a ansiedade e promover a manutenção dos comportamentos colaboradores até o término do tratamento.

A questão do controle da criança sobre os procedimentos odontológicos foi estudada por SINGH (1995). Neste trabalho, realizado como parte das atividades de pesquisa da Disciplina de Psicologia Aplicada (FOP – UNICAMP), a autora avaliou o medo, a ansiedade e o controle percebido (ou o controle que a criança percebe ter sobre a situação) e desejado, por meio da aplicação de questionários a um grupo de 364 crianças na faixa etária de 7 a 13 anos. Em relação ao medo e ansiedade, as meninas mostraram escores mais altos do que os meninos. Os valores mais altos de medo e ansiedade estavam relacionados com valores mais baixos de controle percebido. Em relação à faixa etária, as crianças de 11 a 13 anos mostraram-se mais temerosas do que as crianças de 7 a 9 anos, o que sugere que crianças mais velhas podem ter tido uma experiência odontológica mais desagradável.

POSSOBON et al. (1998) num estudo com 4 crianças não - colaboradoras, realizado no Laboratório de Psicologia Aplicada (FOP – UNICAMP), comprovou a importância das estratégias de atividade lúdica e distração. A atividade lúdica foi utilizada no início da sessão, para familiarizar a criança com o ambiente odontológico e para ensiná-la como deveria ser o seu comportamento durante os procedimentos, ou no final da sessão, como um reforço aos comportamentos colaboradores. A distração foi feita por meio de músicas infantis cantadas pela cirurgiã - dentista ou pela auxiliar, durante a execução dos

procedimentos. Embora o choro estivesse presente em quase todas as sessões, a resistência ao tratamento diminuiu, permitindo a conclusão do tratamento dos 4 participantes.

De maneira geral, os resultados dos trabalhos apresentados acima revelam uma tendência decrescente dos comportamentos de não - colaboração das crianças, após a introdução da estratégia de manejo estudada, sem, no entanto, produzir uma mudança estável nos padrões de comportamento, não demonstrando a eficácia desejada, ou seja, a extinção das manifestações de não - colaboração e a total adaptação da criança ao tratamento.

Ocorre uma grande variabilidade na frequência dos comportamentos de não - colaboração, possivelmente decorrente da influência de outras variáveis, desconhecidas do experimentador e/ou impossíveis de serem controladas: problemas de saúde, dificuldades escolares e conflitos familiares são fatores que afetam o comportamento da criança e podem passar despercebidos pelo pesquisador. Além disso, o padrão de relacionamento dentista - paciente tem sido uma variável pouco investigada e que, certamente, influencia o processo de tratamento.

Um fator comum importante a ser observado entre os trabalhos apresentados é o baixo número de sessões experimentais realizadas (JOHNSON & MACHEN, 1973; MELAMED et al., 1975a; ALLEN et al., 1988). Desta maneira, os mesmos não mostram a observação intensiva das mudanças comportamentais que normalmente ocorrem com a

criança ao longo do tempo. Isto, certamente, pode ter influenciado os resultados, pois não houve tempo para ocorrer a adaptação da criança e a melhora no seu comportamento durante a realização dos procedimentos odontológicos.

Em vários trabalhos (STARK et al., 1989; ALLEN & STOKES, 1987; ALLEN et al. 1992) não foram levadas em consideração as possíveis diferenças decorrentes da fase de desenvolvimento pela qual a criança estaria passando (BIASSOLI-ALVES, 1992). As crianças participantes apresentavam idades variadas, dentro de uma larga faixa etária, que permitia diferenças de até 4 anos entre elas, o que pode ter influenciado os resultados. Para diminuir o impacto desta variável, as amostras deveriam ser constituídas de um número maior de participantes ou o experimento ser conduzido com um número maior de sessões. A sua distribuição aleatória entre os grupos experimentais não neutraliza a variável.

2.2 FARMACOLOGIA

Neste item estão descritos alguns trabalhos experimentais que priorizaram, como estratégia de controle do comportamento de crianças, a utilização de agentes farmacológicos.

Na literatura atual, vemos a experimentação de vários medicamentos, alguns mostrando resultados bastante satisfatórios no que diz respeito à eficácia e facilidade de utilização. Entretanto, neste trecho da “Revisão da Literatura”, a ênfase recai sobre os trabalhos que testaram o diazepam como agente sedativo e/ou ansiolítico e que serviram como fonte de informações valiosas para a realização do presente trabalho.

Os trabalhos estão apresentados em dois blocos distintos: no primeiro bloco estão descritos os trabalhos que utilizaram apenas o diazepam para o controle do paciente; no segundo bloco estão descritos os trabalhos que compararam o diazepam com outras drogas.

Diazepam

HEALY & HAMILTON (1971) utilizaram diazepam por via intra - venosa para controlar os comportamentos de não - colaboração de 19 crianças com idade entre 5 e 16 anos. Os autores empregaram a dose de 1 mg por ano de idade para as crianças com até 10 anos e, para as crianças com mais de 10 anos, uma dose de 15 mg. Os resultados mostraram que 16 pacientes (84,2%) permaneceram colaboradores e os outros, embora não mostrando níveis altos de colaboração, não apresentaram comportamentos que interrompessem a atuação do dentista. Houve diminuição da náusea em uma paciente que tinha reflexo de

vômito facilmente ativado. O tratamento odontológico foi realizado com o uso de anestesia injetável e alta - rotação. Todos os participantes recordavam da injeção do diazepam e não recordavam da anestesia. As taxas de ritmo cardíaco e pressão arterial mantiveram-se normais durante todos os procedimentos. O diazepam foi utilizado não apenas para reduzir a ansiedade do paciente, mas para melhorar e manter a relação entre ele e o dentista, pois os autores acreditam que esta relação tende a se deteriorar com o início do tratamento propriamente dito. Os autores notaram que, nos primeiros 5 a 10 minutos depois da injeção de diazepam, o reflexo de proteção laringo - traqueal não era eficaz para prevenir aspiração de objetos e portanto precisava de proteção (isolamento absoluto). Os autores citam que alguns pacientes com problemas comportamentais podem não responder ao uso exclusivo de drogas e necessitam da associação com estratégias psicológicas de manejo. Eles acreditam que o emprego de procedimentos psicológicos para adaptação das crianças ao tratamento odontológico pode transformá-los em adultos cooperativos.

LINDSAY & YATES (1985) realizaram dois estudos com crianças que apresentavam comportamentos de não - colaboração, utilizando dose única e doses repetidas de diazepam. Para selecionar os participantes dos dois experimentos, cada criança passou por uma triagem para avaliar seus comportamentos durante os seguintes procedimentos: sentar-se à cadeira odontológica; inspeção visual da cavidade bucal; exame clínico de todos os dentes utilizando espelho; uso do ar da seringa tríplice; uso da sonda exploradora para examinar a superfície oclusal de um dente; exame de todos os dentes com a sonda exploradora; uso do sugador de saliva; polimento coronário com taça de borracha e dentifício em baixa - rotação; uso da água da seringa tríplice; uso do baixa - rotação para

preparar uma cavidade pequena e remoção de cárie. A criança foi considerada não - colaboradora quando não permitiu a realização dos procedimentos citados acima ou o fez após muita persuasão e tranquilização, ou tinha relato de medo de anestesia injetável, além de apresentar cavidades que podiam ser restauradas em duas sessões. Para o primeiro estudo, foram selecionadas 27 crianças, de ambos os sexos, com idade entre 4 e 12 anos, que foram divididas aleatoriamente em 2 grupos: um recebia diazepam na primeira sessão e placebo na segunda e o outro grupo, o mesmo tratamento na ordem inversa. Foi administrado 0,2 mg/Kg de peso do medicamento uma hora antes do início da sessão. Imediatamente antes de entrar no consultório, a criança, seu acompanhante e o dentista respondiam a uma escala visual analógica, para verificar o nível de ansiedade da criança. Todos os estágios realizados na sessão de triagem eram realizados e se o baixa - rotação fosse aceito, então era realizada a anestesia injetável, o preparo cavitário e a restauração. As sessões foram filmadas em vídeo - tape (VT). No final do tratamento, o dentista avaliava seu próprio nível de estresse e tentava adivinhar qual medicação havia sido empregada naquela sessão. Um observador assistia às fitas de VT e obtinha as seguintes estimativas: tempo gasto no tratamento; número total de manifestações de não - colaboração ocorridas durante a sessão; número de manifestações de não - colaboração por minuto de sessão; o grau em que o tratamento mostrou-se aversivo para a criança; o número de estratégias de manejo do comportamento utilizadas pelo dentista. Não foi verificado nenhum efeito significativo do diazepam e do placebo sobre os comportamentos de não - colaboração ou sobre o tempo de tratamento. As crianças mostraram-se menos temerosas, segundo a sua própria anotação na escala analógica, nas duas sessões de tratamento comparadas à sessão

de triagem. Os pais avaliaram a criança como menos temerosa, em relação à sessão de triagem, somente durante a segunda sessão, sem fazer distinção entre a medicação recebida.

Para o segundo estudo, 17 crianças de ambos os sexos com idades entre 4 e 13 anos, receberam 2 mg de diazepam na noite anterior, mais 0,2 mg/Kg de peso na manhã do dia da sessão e mais 0,2 mg/Kg de peso 1 hora antes do início da sessão, que era realizada no período da tarde. As crianças recebiam a droga ou o placebo em visitas alternadas. A avaliação foi feita como no primeiro experimento e notou-se que não houve diferença entre as sessões em que a criança recebia a droga e o placebo.

Alguns trabalhos de pesquisa avaliaram a eficácia do diazepam em situações diferentes do tratamento odontológico. FELL et al. (1985) empregaram o diazepam em duas doses diferentes como pré - medicação em 101 crianças com idade entre 2 e 12 anos que passariam por cirurgia para correção de estrabismo e tonsilectomia. Os participantes foram divididos em 2 grupos: um grupo recebendo 0,25 mg/Kg de peso e o outro, 0,5 mg/Kg de peso do medicamento, 90 minutos antes da anestesia. Tomava-se medidas do pulso, pressão arterial e taxa respiratória e fazia-se uma avaliação do comportamento da criança, classificando em adormecido / relaxado, apreensivo / impaciente e triste / choroso. Os autores verificaram não haver diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos e que não havia correlação entre o escore dado ao comportamento e o nível plasmático da droga.

Vários estudos testaram o diazepam como agente de controle do estresse e da ansiedade. Num estudo de FLAITS et al. (1986) envolvendo 12 crianças não - colaboradoras com idades entre 2 e 6 anos, que requeriam tratamento restaurador, foram verificadas a eficácia e a segurança do diazepam. As crianças foram divididas em 2 grupos e atendidas em 2 sessões: na primeira sessão, um grupo recebeu o medicamento (0,6 mg/Kg de peso de diazepam) e o outro grupo recebeu placebo (ambos pela via retal); na segunda sessão, o grupo que havia recebido placebo recebeu o diazepam e vice - versa. As sessões foram filmadas e os comportamentos observados e registrados durante um período de 6 minutos, de acordo com 6 categorias que envolviam movimentos de corpo e cabeça e vocalizações que impediam a atuação do dentista. Foram incorporados no VT, marcas sonoras a cada 10 segundos, que avisavam os momentos em que os registros deveriam ser feitos. Segundo os autores, o diazepam mostrou ser eficaz no controle dos comportamentos de não - colaboração, além de apresentar uma larga margem de segurança, poucos efeitos colaterais e produzir uma amnésia passageira e desejável.

YANASE et al. (1996) empregaram o diazepam para controlar o comportamento de 25 crianças com idades entre 1 e 8 anos. Na primeira sessão de atendimento, sem medicação (sessão de linha de base), foram realizados exame clínico e familiarização das crianças com o ambiente odontológico. Na segunda e terceira sessões, foram realizadas restaurações sob isolamento absoluto e utilização de anestesia local. As crianças foram divididas em 2 grupos de maneira que um grupo recebeu placebo na primeira sessão e diazepam (0,3 mg/kg de peso) na segunda sessão e o outro grupo recebeu os mesmos tratamentos em ordem alternada. Os atendimentos clínicos foram observados através de um

espelho com visão uni - direcional por 2 dentistas que foram treinados para registrar os comportamentos dos pacientes em 9 ocasiões específicas: ao entrar na clínica, na sala de espera, ao entrar no consultório, ao sentar na cadeira odontológica, durante exame clínico, no momento da anestesia injetável, durante a colocação do isolamento absoluto, durante o preparo cavitário e durante a restauração. Os comportamentos foram classificados segundo a escala seguinte: 1 - definitivamente positivo (criança calma e relaxada); 2 - positivo (levemente tenso, porém não rejeita a atuação do dentista); 3 - negativo (rejeita a atuação do dentista) e 4 - definitivamente negativo (rejeita violentamente a atuação do dentista). Os resultados mostraram que os comportamentos foram 60% melhores em todos os intervalos de tempo das sessões em que o diazepam foi utilizado, exceto nos momentos de aplicação da anestesia. Não houve diferença significativa entre a colaboração das crianças nas sessões em que não receberam medicamento (sessões de linha de base) e nas sessões em que receberam placebo. Não houve nenhum efeito adverso, tais como vômito ou depressão respiratória e os autores concluíram que o diazepam é um ansiolítico eficaz e seguro no controle dos comportamentos da criança.

Diazepam e outros medicamentos

Alguns pesquisadores compararam a eficácia do diazepam à de outras drogas. SIMSEK et al. (1993) trataram 43 crianças com idade entre 4 e 12 anos utilizando diazepam, acepromazine e placebo. Antes do tratamento, foi verificado o grau de ansiedade da mãe e da criança por meio de 2 questionários. De acordo com as respostas, a criança era classificada segundo uma escala comportamental. Os resultados mostraram que o diazepam

foi mais eficaz para alcançar o sucesso do tratamento e encorajar a criança a cooperar, diminuindo o seu nível de ansiedade e sugerem que drogas com efeitos sedativos e ansiolíticos são mais eficazes para aumentar a cooperação de crianças com ansiedade alta ou moderada do que drogas que tenham apenas efeitos sedativos.

BADALATY et al. (1990), compararam o diazepam ao hidrato de cloral. Trinta crianças não - colaboradoras, com idade entre 20 e 48 meses, foram submetidas ao tratamento odontológico após receberem 0,3 ou 0,6 mg/Kg de peso do diazepam em uma sessão e 50 mg/Kg de peso de hidrato de cloral em outra, de maneira “duplo - cego”. Além disso, todas as crianças receberam óxido nítrico a 50%, permaneceram em um envoltório de tecido que limita os movimentos do corpo (“Papoose Board”) e os movimentos da cabeça foram contidos pela auxiliar. O grau de sedação, movimentos de corpo, choro, pulso, respiração e nível de oxigênio no sangue foram monitorados antes e durante os procedimentos. Os autores concluíram não haver diferenças entre as drogas quanto aos movimentos de corpo e choro. Entretanto, 19 pacientes (63%) que receberam hidrato de cloral estavam dormindo no final dos 45 minutos do período de pré - tratamento, enquanto somente 2 pacientes (13%) que receberam 0,3 mg/Kg de diazepam estavam dormindo depois deste período de tempo. Estes pacientes permaneceram quietos enquanto estavam sendo conduzidos para o consultório e colocados na Papoose Board. Nenhum paciente que recebeu 0,6 mg/Kg de diazepam estava adormecido no final dos 45 minutos do período de espera. O uso do diazepam, em ambas as doses, mostrou ser mais vantajoso pelo fato de produzir menor sonolência na primeira hora de tratamento, o que proporciona uma margem de segurança maior, além de proporcionar um efeito sedativo similar ao observado com o

uso do hidrato de cloral, produzido sem muito sono, pois se o paciente está acordado durante o tratamento, torna-se mais fácil o monitoramento da profundidade da sedação e diferenciação entre sedação consciente e profunda. Houve uma diferença muito pequena na colaboração das crianças quando comparou-se as duas doses do diazepam utilizadas.

Em todos os trabalhos apresentados, os participantes foram avaliados em duas sessões, nas quais não foi considerado o papel das variáveis comportamentais presentes. Além disso, parece existir uma certa variabilidade entre as metodologias utilizadas, principalmente referentes à maneira como foram feitas as avaliações dos comportamentos, dificultando a comparação dos resultados obtidos.

A faixa etária dos participantes destes trabalhos apresentou uma variação de até 11 anos, o que mostra a desconsideração em relação às mudanças decorrentes da idade, tal como ocorreu com os trabalhos comportamentais apresentados.

A literatura apresentada ao longo desta seção reforça a necessidade e a importância da integração das estratégias psicológicas e farmacológicas para investigar a ansiedade de crianças e sua colaboração na situação de atendimento odontológico. Entretanto, a pesquisa nesta área ainda é escassa e requer a implementação regular de estudos que avaliem, de maneira metodologicamente correta, o papel relativo das estratégias comportamentais e farmacológicas.

2.3 OS BENZODIAZEPÍNICOS

A administração oral de ansiolíticos tem sido o método mais comum de alcançar sedação consciente e os benzodiazepínicos, em particular o diazepam, introduzido primeiramente em 1963, são as drogas de maior preferência. Este fato deve-se à sua baixa toxicidade e aos poucos efeitos colaterais (LOEFFLER, 1992). Por isso, estão entre os compostos mais prescritos no mundo (ZANINI & OGA, 1994).

Apesar da popularidade deste fármaco e das suas importantes propriedades, muitas pesquisas continuam sendo feitas para alcançar a síntese do “ansiolítico ideal”, que apresente alta margem de segurança, baixa toxicidade e latência curta, seja indutor de sono fisiológico com duração adequada e não indutor de efeitos residuais ou rebote, nem tolerância, abuso ou dependência (ZANINI & OGA, 1994).

Na Odontologia, as drogas ansiolíticas são utilizadas como pré - medicação em pacientes apreensivos, com espasmos musculares de cabeça e pescoço que ocorrem nos distúrbios da articulação temporo - mandibular e trismo (FUCHS & WANNAMACHER, 1992; NEIDLE & YAGIELA, 1991). Corretamente utilizado para sedação consciente, o benzodiazepínico pode aumentar o bem - estar do paciente durante o tratamento odontológico e com isso, melhorar sua qualidade (MINDUS, 1987).

Para a realização deste estudo, a medicação escolhida foi o diazepam, devido a apresentar as propriedades citadas abaixo, tais como alta margem de segurança entre a dose terapêutica e a dose letal, o fato de não induzir depressão cárdio - respiratória e eficácia de ação, além da fácil aceitação pelo paciente, devido ao sabor facilmente mascarado.

PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

Os benzodiazepínicos formam um grupo de drogas com ação ansiolítica, miorrelaxante, sedativa, com efeito amnésico e anticonvulsivante, indicada como medicação pré - anestésica, no alívio sintomático da ansiedade, agitação e tensão devidas a estados psiconeuróticos e distúrbios passageiros causados por situação estressante Além disso, também é indicada para sedação consciente, no tratamento da insônia e de crises convulsivas além do tratamento da síndrome de abstinência alcoólica aguda (FUCHS & WANNAMACHER, 1992; INFORMACION..., 1989; ZANINI & OGA, 1994).

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

- redução da ansiedade e da agressão
- sedação e indução do sono
- redução do tônus muscular e coordenação.
- efeito anticonvulsivante (RANG et al., 1994).

Além do sistema nervoso central, os sistemas cárdio - respiratório e digestivo também são afetados por este grupo de drogas, como descrito a seguir.

1. Sobre o Sistema Nervoso Central:

1.a) Sono: Os benzodiazepínicos diminuem a latência para início, melhoram a qualidade e aumentam a duração do sono (ZANINI et al., 1994).

1.b) Desempenho psicomotor: Os efeitos podem ocorrer após doses únicas, são proporcionais às doses administradas, persistem por várias horas, podendo ser detectados no dia seguinte à administração, e resultam em risco para as pessoas que exercem atividades envolvendo precisão ou rapidez de reflexos. Interferem principalmente com a velocidade do desempenho em tarefas envolvendo repetição de atos simples, aprendizado e memória, mas não parecem interferir com funções visuo - especiais perceptivas, verbais e aritméticas.

1.c) Memória: Foi detectada amnésia anterógrada (amnésia para eventos subseqüentes à administração de uma droga) quando da utilização dos benzodiazepínicos por via oral ou endovenosa (GILMAN et al., 1996; ZANINI et al., 1994).

1.d) Ansiedade: Os benzodiazepínicos deprimem o sistema límbico (região do cérebro associada à emoção e ao comportamento) levando ao alívio da ansiedade (NEIDLE & YAGIELA, 1991).

2. Sobre o Sistema Cardiovascular

Relatos sobre os efeitos de doses clínicas de benzodiazepínicos no sistema cardiovascular são inconsistentes. Parece que os benzodiazepínicos atenuam o aumento de pressão arterial que ocorre em situação de tensão em indivíduos normais ou diminuem a pressão diastólica em hipertensos, aumentando a frequência cardíaca (GILMAN et al., 1996; ZANINI et al., 1994).

3. Sobre o Aparelho Respiratório

Em doses usuais em indivíduos normais não exercem efeitos sobre a respiração (NEIDLE & YAGIELA, 1991). Podem causar depressão respiratória em pacientes com problemas respiratórios, tais como bronquite e enfisema (ZANINI et al., 1994). Nos pacientes com doença pulmonar obstrutiva crônica, pode produzir hipóxia alveolar e/ou narcose por dióxido de carbono (GILMAN et al., 1996). Se empregados concomitantemente com outras drogas depressoras do sistema nervoso central, podem potencializar os efeitos de depressão respiratória, embora essa depressão seja fraca quando o benzodiazepínico é administrado por via oral (NEIDLE & YAGIELA, 1991).

4. Sobre o Trato Gastrintestinal

Parece que os benzodiazepínicos protegem parcialmente contra úlceras de estresse e o diazepam diminui acentuadamente a secreção gástrica noturna nos seres humanos (GILMAN et al., 1996).

MODO DE AÇÃO

Os principais alvos moleculares dos benzodiazepínicos são os receptores de neurotransmissores inibitórios diretamente ativados pelo aminoácido *ácido γ -aminobutírico* (GABA). Ao interagir com o receptor de GABA, os benzodiazepínicos provavelmente aumentam a afinidade do GABA com o receptor, por meio de uma alteração no receptor acoplado ao ionóforo de cloro, potencializando e facilitando a ação inibitória do mediador, nos sítios pré e pós - sinápticos. Ocorre então o aumento da transmissão GABA-érgica,

fazendo com que aumente a frequência de abertura dos canais de cloreto. Ao aumentar a frequência de abertura dos canais de cloreto, diminui a chance de ocorrer a deflagração de despolarização da membrana, ocorrendo o efeito inibitório (FUCHS & WANNAMACHER, 1992; GILMAN et al., 1996; OGA & BASILE, 1994; RANG et al., 1995; ZANINI et al., 1994). Os benzodiazepínicos por si sós não abrem os canais de cloreto, apenas aumentam a afinidade dos receptores para o GABA (GILMAN et al., 1996; RANG et al., 1995; ZANINI et al., 1994).

FARMACOCINÉTICA

ABSORÇÃO E DISTRIBUIÇÃO:

Os benzodiazepínicos são bem absorvidos pelo trato gastrointestinal e atravessam a barreira hematocerebral com relativa facilidade (FUCHS & WANNAMACHER, 1992; ZANINI et al., 1994), resultando no início rápido da ação (GILMAN, et al., 1996), produzindo a concentração plasmática máxima em cerca de 1 hora. (Alguns são absorvidos mais lentamente, como por exemplo o lorazepam).

A maioria dos benzodiazepínicos ligam-se a proteínas plasmáticas e teciduais (cerca de 82-98%) (GILMAN, et al., 1996; NEIDLE & YAGIELA, 1991; ZANINI et al., 1994). Portanto, fatores que determinam um pequeno aumento de sua fração livre, por exemplo estados carenciais, podem levar à intensificação significativa do efeito farmacológico. São distribuídos amplamente aos diversos fluidos e tecidos biológicos, atravessam a barreira placentária e passam para o leite materno, podendo sedar o feto (ZANINI et al., 1994). A expressão “peneira placentária” parece ser mais adequada, uma vez que este órgão permite a passagem de algumas substâncias (ANDRADE, 1999).

Alguns benzodiazepínicos, como o diazepam, sofrem alta redistribuição (ZANINI et al., 1994) para a camada de gordura, resultando numa curta duração de ação após uma dose única (GILMAN, et al., 1996) e por isso têm declínio rápido de suas concentrações cerebrais e podem ser utilizados como hipnóticos (ZANINI et al., 1994).

Os efeitos clínicos do diazepam desaparecem em duas ou três horas, embora a alteração motora (fraqueza muscular, incoordenação) possa persistir por até 12 horas, fato que determina que o indivíduo, após receber essa droga, fique impedido de operar máquinas ou dirigir (LOEFFLER, 1992).

BIOTRANSFORMAÇÃO E EXCREÇÃO

A biotransformação dos benzodiazepínicos ocorre principalmente nos sistemas enzimáticos dos retículos endoplasmáticos do fígado. Os benzodiazepínicos são conjugados com ácido glicurônico e rapidamente excretados na urina (ZANINI et al., 1994).

O diazepam é metabolizado em substâncias farmacologicamente ativas, como o nordiazepam e o oxazepam (GILMAN, et al., 1996). A avaliação dos efeitos dos metabólitos ativos do benzodiazepínicos é essencial, pois seus níveis podem ser maiores que os do composto original (ZANINI et al., 1994).

TOLERÂNCIA E DEPENDÊNCIA

TOLERÂNCIA

Este grupo de drogas pode induzir adaptação ou tolerância aos seus efeitos farmacodinâmicos durante a administração contínua ou mesmo após doses únicas. A tolerância para efeitos sedativos dos benzodiazepínicos desenvolve-se muito mais rapidamente do que para os efeitos ansiolíticos, fenômeno conhecido como “tolerância diferencial” (ZANINI et al., 1994).

DEPENDÊNCIA

Casos de dependência podem ocorrer quando da terapia prolongada dos benzodiazepínicos, em altas dosagens (superiores às terapêuticas) e particularmente em pacientes predispostos, com história de alcoolismo, abuso de drogas, ou distúrbios psiquiátricos graves. Portanto, devem ser administrados por período de tempo o mais curto possível (DEF, 1999-2000).

EFEITOS COLATERAIS E REAÇÕES TÓXICAS

EFEITOS COLATERAIS

Os efeitos colaterais mais comumente citados são cansaço, sonolência e relaxamento muscular. Efeitos pouco frequentes são: confusão mental, amnésia anterógrada, constipação, depressão, diplopia, disartria, cefaléia, hipotensão, aumento ou diminuição da salivação, incontinência ou retenção urinária, fala enrolada, tremor, náusea, aumento ou diminuição da libido e distúrbio de acomodação visual (DEF, 1999-2000; RANG et al., 1995). Também estão relacionados efeitos como vômitos e aumento de

apetite. A sonolência pode não ser necessariamente um efeito adverso, mas uma resposta desejada e até esperada, pois auxilia no controle do comportamento do paciente (GILMAN, et al., 1996).

Podem ocorrer efeitos paradoxais, tais como depressão, agitação, mania, reações paranóides, estados confusionais e psicose de Korsakoff e ainda hostilidade, agressão e ira em pacientes psicóticos ou violentos. Estes efeitos parecem decorrer de alguma interação bioquímica não conhecida entre a droga e o sistema envolvido e são atípicas, raras e idiossincrásicas (ZANINI et al., 1994).

TOXICIDADE AGUDA

Quando comparado com outros depressores gerais do sistema nervoso central, os benzodiazepínicos causam pouca depressão respiratória e têm alta margem de segurança, não sendo fatais em superdosagem, salvo em associação com outras drogas depressoras, como o álcool (NEIDLE & YAGIELA, 1991; ZANINI et al., 1994), tal como ocorre nas tentativas de suicídio.

A superdosagem manifesta-se por extrema intensificação dos efeitos: sedação, relaxamento muscular, sono profundo ou excitação paradoxal. Na maioria dos casos é necessário apenas a observação dos sinais vitais ou reversão pelo antagonista *flumazenil* (Lanexat^R) (RANG et al., 1995). Poucas mortes foram descritas em doses superiores a 700 mg de diazepam (GILMAN, et al., 1996).

CONTRA-INDICAÇÕES E USOS COM MODERAÇÃO

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

- portadores de miastenia grave: devido ao relaxamento muscular pré - existente (GILMAN, et al., 1996). A miastenia grave ocorre, provavelmente, em consequência da incapacidade da placa terminal da junção neuromuscular segregar Acetilcolina em quantidade suficiente. Por isso, os potenciais de placa desenvolvidos são muito fracos para estimular adequadamente as fibras musculares. Nos casos intensos, pode ocorrer morte por paralisia, sobretudo dos músculos respiratórios (GUYTON, 1973).

- portadores de glaucoma de ângulo estreito ou fechado: apesar de não existirem evidências de que os benzodiazepínicos se liguem a receptores muscarínicos da Acetilcolina (ZANINI et al., 1994).

- portadores de porfiria intermitente aguda: doença de caráter hereditário, caracterizada por aumento da excreção, pelas fezes e urina, da coproporfirina e da uroporfirina, devido à sua presença no sangue. Causada por um defeito genético no fígado, tem os efeitos sobre o trato gastrointestinal e sistema nervoso. A urina apresenta-se pigmentada e escurecida. Normalmente, as porfirinas ligam-se à proteínas para formar vários compostos de importância nos processos biológicos (hemoglobinas, mioglobinas, etc.) (HARPER, 1973). Os ansiolíticos podem exacerbar os sintomas porque induzem as enzimas responsáveis pela síntese de porfirina (NEIDLE, 1991).

- dependentes de drogas depressoras do sistema nervoso central: principalmente o álcool, exceto quando utilizado no tratamento dos sintomas agudos da síndrome de abstinência alcoólica (DEF, 1999-2000).
- portadores de insuficiência cardiorrespiratória: o uso desses fármacos pode acentuar a depressão respiratória (DEF, 1999-2000).
- portadores de apnéia obstrutiva durante o sono: doses hipnóticas de benzodiazepínicos reduzem o tônus muscular nas vias aéreas superiores e exacerbam o impacto dos episódios apnéicos na hipóxia alveolar, hipertensão pulmonar e carga ventricular cardíaca, sendo essa doença considerada uma contra-indicação para o seu uso (GILMAN, et al., 1996).
- portadores de insuficiência hepática: a dose de benzodiazepínico deve ser diminuída. No caso de cirrose hepática, o tempo de $\frac{1}{2}$ vida torna-se prolongado (FUCHS & WANNAMACHER, 1992).
- gestantes no primeiro trimestre: pode induzir malformações congênitas e haver um pequeno aumento do risco de deformidade de fenda na linha média do palato ou do lábio (GILMAN, et al., 1996).
- Neo - nato e prematuro: os benzodiazepínicos deprimem a função do sistema nervoso central no neo - nato, em especial no prematuro (GILMAN, et al., 1996).

INTERAÇÕES COM OUTRAS DROGAS

A ação dos benzodiazepínicos pode sofrer alterações devido à sua interação com outros medicamentos. Quando há indicação do uso dos benzodiazepínicos, deve-se realizar uma anamnese detalhada, com questões sobre o uso de medicamentos e fazer uma ressalva ao paciente sobre a importância da interação medicamentosa.

A seguir, algumas das interações possíveis (OGA & BASILE, 1994):

- ✓ Com Isoniazida (INH): é um antimicobacteriano, utilizado no tratamento da tuberculose. Inibe o metabolismo hepático do diazepam, aumentando os efeitos deste.
- ✓ Com Rifampicina: é um antimicobacteriano utilizado no tratamento da tuberculose. Intensifica o metabolismo hepático do diazepam.
- ✓ Com etanol: provoca sedação grave.
- ✓ Com anticoncepcionais orais: os contraceptivos esteroidais aumentam a concentração sérica de benzodiazepínicos que sofrem biotransformação oxidativa, tal como ocorre com o diazepam; e diminuem as concentrações de benzodiazepínicos que são inativados mediante a conjugação glicurônica, tal como ocorre com o lorazepam.
- ✓ Com antiácidos (Alumínio, Cálcio e Magnésio): diminuem a absorção gastrointestinal do diazepam.
- ✓ Com ácido valpróico (anticonvulsivo): provoca deslocamento competitivo nos sítios ligantes da albumina e dos tecidos, promovendo um antagonismo físico-químico. Aumenta fração livre do diazepam, aumentando seus efeitos colaterais (vertigem, ataxia, irritabilidade, cansaço, sonolência), principalmente no início da terapia associativa.

- ✓ Com fenitoína e fenobarbital (anticonvulsivos): promove indução do citocromo P-450 microsômico hepático e antagonismo bioquímico. Diminui concentração e tempo de $\frac{1}{2}$ vida do diazepam, diminuindo sua eficácia farmacológica.
- ✓ Com cimetidina (anticonvulsivo): induz a inibição do citocromo P-450 microsômico hepático e bloqueio de reações de N-desalquilação e de hidroxilação do diazepam. Antagonismo bioquímico. Aumenta a concentração e o tempo de $\frac{1}{2}$ vida plasmática do diazepam, aumentando a sedação.
- ✓ Com fenobarbital, mefobarbital e metabarbital (anticonvulsivos) e com Amobarbital, butobarbital, pentobarbital e secobarbital (hipnóticos barbitúricos) - o uso agudo, promove efeito aditivo, por apresentarem ações farmacológicas centrais iguais, provocando aumento de sedação, sono e depressão.
- ✓ Com Lidocaína: o diazepam potencializa os efeitos anti - arrítmicos da lidocaína e antagoniza os efeitos tóxicos no sistema nervoso central. Neste caso, um efeito desejado.

ANTAGONISTA DOS BENZODIAZEPÍNICOS

O Flumazenil é um imidazobenzodiazepínico que se comporta como um antagonista benzodiazepínico específico. Ele liga-se com alta afinidade a locais específicos, onde antagoniza, de forma competitiva, a ligação e os efeitos alostéricos dos benzodiazepínicos (GILMAN, et al., 1996). Este medicamento encontra-se disponível apenas para administração intravenosa, pois, embora absorvido rapidamente após administração oral, menos de 25% da substância atinge a circulação sistêmica, como resultado do extenso metabolismo hepático de primeira passagem. Doses orais eficazes podem causar cefaléia e tonteira. Administrado por via intravenosa, é eliminado quase que inteiramente pelo

metabolismo hepático em produtos inativos com $\frac{1}{2}$ vida de cerca de 1 hora; portanto a duração dos efeitos clínicos é curta, persistindo por 30 a 60 minutos.

O Flumazenil é indicado para o tratamento de suspeita de superdose de benzodiazepínicos e na reversão dos efeitos sedativos durante anestesia geral ou procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos (RANG et al., 1995; ZANINI et al., 1994).

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Avaliar a eficácia do uso combinado de estratégias farmacológicas (ansiolítico diazepam) e comportamentais, para o controle do comportamento de crianças não - colaboradoras durante a situação de atendimento odontológico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar o grau de colaboração da criança comparando as sessões em que ela recebeu a medicação ativa com a sessões em que recebeu o placebo.
- Verificar mudanças no padrão de comportamento dos participantes deste estudo ao longo das sessões de atendimento e estabelecer algumas relações com as estratégias utilizadas pelo dentista.
- Verificar a ocorrência de variação do nível de não - colaboração após intervenções realizadas sob estratégias de manejo de comportamento consideradas aversivas.

4. METODOLOGIA

Este estudo testou a ação do benzodiazepínico diazepam associado a estratégias psicológicas de manejo do comportamento no controle de crianças não - colaboradoras durante o tratamento odontológico. Para isso, foram selecionados 6 participantes que receberam tratamento odontológico durante 9 sessões de atendimento. Os tratamentos foram realizados no Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas.

Antes da escolha dos participantes, o projeto deste estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba - UNICAMP.

4.1 OS PARTICIPANTES

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Os participantes deste estudo foram 6 crianças, sendo três do sexo masculino, pertencentes à faixa etária de 4 a 5 anos completos (média de idade: 4 anos e 6 meses). A seleção dos participantes foi feita levando em consideração as seguintes características:

- Idade

A faixa etária foi pré - estabelecida para que não houvesse diferença maior que um ano entre as idades dos participantes. Esta conduta permitiu que todos estivessem na mesma faixa etária e portanto, do ponto de vista cronológico, passando pela mesma fase de desenvolvimento, fato que deve amenizar possíveis diferenças comportamentais inerentes à idade entre os participantes.

- Sexo

Optou-se por ter crianças de ambos os sexos para minimizar possíveis diferenças no padrão de comportamento da cirurgiã - dentista frente a pacientes de sexos diferentes e a diferença entre meninas e meninos em relação ao nível de resistência e disponibilidade em colaborar com o tratamento realizado por um dentista do mesmo sexo ou do sexo oposto.

- Condição de saúde bucal

Os participantes deveriam apresentar o número mínimo de oito dentes cariados, pois o delineamento deste estudo estabelece nove sessões de atendimento, que foram planejadas da seguinte maneira: a primeira sessão foi destinada ao treino de escovação, profilaxia e aplicação tópica de flúor (sessão de linha de base) e, em cada uma das oito sessões seguintes, um ou dois dentes receberam o tratamento necessário. Nos casos em que houve necessidade de sessões adicionais para a conclusão do tratamento, estas foram realizadas sem o registro em vídeo - tape e não foram utilizadas na pesquisa. Optou-se por iniciar o tratamento pelas restaurações nos dentes posteriores que aparentassem não necessitar de terapia pulpar, deixando as restaurações mais complexas e a terapia pulpar para as sessões subsequentes. Todos os participantes apresentaram um quadro clínico bastante semelhante.

- Estado de saúde geral:

Os participantes deveriam ter bom estado de saúde geral, não apresentando nenhuma contra - indicação para o uso do medicamento empregado na pesquisa, tais como a presença de miastenia grave e porfiria, quadros patológicos que tipicamente contra - indicam a utilização do benzodiazepínico. A saúde da criança foi avaliada apenas por meio da anamnese.

- História prévia de não - colaboração

Os 6 participantes deveriam apresentar história de não - colaboração frente a tratamentos odontológicos anteriores e somente foram aceitos como participantes deste trabalho, após terem seus comportamentos avaliados pela pesquisadora numa consulta

anterior ao início do tratamento (sessão de avaliação), realizada no Laboratório de Psicologia Aplicada do Cepae - FOP - UNICAMP (ver item “descrição do ambiente físico”, nesta seção).

Nesta sessão de avaliação, que teve duração aproximada de 15 minutos, uma dentista pertencente à equipe do Cepae realizava o exame clínico dos dentes da criança. Esta dentista foi orientada para explicar e demonstrar o procedimento, iniciando o exame clínico apenas com o uso da luz do refletor, sem a colocação de nenhum instrumento na boca da criança. Caso a criança colaborasse, a dentista deveria utilizar o espelho intra - bucal, o jato de ar da seringa tríplice e uma colher de dentina (instrumento utilizado para remoção de tecido cariado) para examinar mais detalhadamente cada dente.

A pesquisadora permanecia na Sala de Observação (ver “descrição do ambiente físico”) e, através do espelho de visão uni - direcional, observava os comportamentos emitidos pela criança. Para a observação dos comportamentos, utilizou-se uma modificação do Código *HBCD*, desenvolvido por ALLARD & STOKES (1980) e utilizado também por STOKES & KENNEDY (1980), de acordo com as seguintes definições:

H – A criança faz algum movimento de cabeça, atrapalhando a atuação da dentista, exceto movimentos faciais musculares ou movimentos de mandíbula.

B - A criança move alguma parte do corpo, tentando interromper o procedimento (tenta sair da cadeira, levantar-se, afastar as mãos da dentista, etc.), exceto quando solicitado pela dentista.

C – A criança chora, queixa-se ou reclama dos procedimentos odontológicos.

D - O comportamento da criança interrompe a ação da dentista, causando atraso do trabalho por, no mínimo, 5 segundos contínuos.

Para ser considerada não - colaboradora, a criança deveria apresentar os comportamentos descritos acima no mínimo 5 vezes e/ou não ter permitido a realização completa do exame clínico.

Durante a seleção dos participantes, os comportamentos de 2 crianças foram avaliados, mas elas não foram consideradas não - colaboradoras. Por esta razão, as mesmas foram tratadas pela pesquisadora, sem a utilização do ansiolítico e não fizeram parte deste estudo. Além disso, outras 2 crianças que receberam escores altos de não - colaboração durante a avaliação inicial e portanto haviam sido incluídas neste estudo, apresentaram um excelente comportamento, colaborando com o dentista desde a 1ª sessão. Estes pacientes foram tratados segundo a metodologia utilizada neste trabalho até a 5ª sessão, ou seja, passaram por 2 sessões de tratamento recebendo placebo e por 2 sessões recebendo o diazepam. Como o comportamento destas crianças não mostrou nenhuma alteração, ficou evidente que não necessitavam da utilização do ansiolítico e que, portanto, não seria ético administrar o medicamento. Assim sendo, o tratamento destes pacientes foi concluído sem o emprego do diazepam e os dados não foram utilizados neste estudo.

DESCRIÇÃO e HISTÓRIA ODONTOLÓGICA ANTERIOR

PARTICIPANTE I:

Paciente do sexo masculino, com 4 anos e 4 meses (52 meses de idade) e 18,800 quilogramas no início do tratamento. Tinha um irmão de 8 anos e uma irmã de 7 meses.

Os pais freqüentaram apenas a primeira série do primeiro grau. A mãe (34 anos) era empregada doméstica e o pai (38 anos), pedreiro. A criança ficava na creche o dia todo e à noite, em casa na companhia dos pais e dos irmãos.

A história médica não mostrava nenhuma doença grave, apenas resfriados e catapora. Havia história de hospitalização por um dia, aos 6 meses de idade, devido a um quadro de refluxo.

Segundo relato da mãe, o filho ficava bem comportado durante as consultas pediátricas e não costumava chorar com freqüência, o que não foi confirmado pela pesquisadora. Durante a consulta inicial, enquanto a mãe respondia as questões da ficha de anamnese na sala de espera, a criança permaneceu brincando com o irmão mais velho e por várias vezes a mãe precisou intervir para que ele parasse de chorar e permitisse que ela continuasse a entrevista.

A história odontológica anterior mostrava sinais de não – colaboração que impediram a realização do tratamento, como relatada a seguir.

- 1ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 2 meses)

Serviço Público: Notando a presença de várias cavidades de cárie, a mãe levou o filho para tratamento, mas ele não permitiu a realização do exame clínico, chorando muito e fechando a boca com as mãos. A mãe esteve presente dentro da sala de consulta.

- 2ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 3 meses)

Serviço Público: Os comportamentos emitidos na sessão anterior repetiram-se nesta sessão e a criança foi dispensada.

- 3ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 4 meses)

Cepae: uma dentista da equipe do Cepae realizou exame clínico incompleto, pois a criança fechava a boca com as mãos e chorava muito. Tentou-se utilizar colher de dentina para remoção de tecido cariado, mas a criança não permitiu.

Devido a estes comportamentos e por enquadrar-se nas características exigidas, a criança foi selecionada como participante deste estudo.

PARTICIPANTE II:

Paciente do sexo feminino, com 4 anos e 5 meses (53 meses de idade) e pesando 18,300 quilogramas no início do tratamento. Tinha apenas uma irmã com 6 anos de idade e a mãe estava no 6º mês de gestação do 3º filho na época do atendimento desta criança.

O grau de escolaridade dos pais era o primeiro grau completo. O pai (33 anos) era servente de pedreiro e a mãe (26 anos), auxiliar de cozinha. Devido a ambos trabalharem fora, a criança, que não freqüentava a escola, ficava com a avó materna e com a irmã durante o dia e com os pais durante a noite.

Apresentava boas condições de saúde geral, com história de catapora, rinite alérgica e alguns resfriados, havendo apenas um episódio de hospitalização, aos dois meses de idade, devido a um quadro de desidratação.

Durante a anamnese, a mãe relatou que ela era obediente e fácil de fazer amizade, embora chorasse com freqüência (a mãe descreveu a filha como “chorona”). Ela estava sempre limpa e arrumada e parecia ser muito bem cuidada pela mãe, que relatou por várias vezes estar passando por dificuldades financeiras, devido a instabilidade da profissão do marido. Durante este estudo, a mãe foi sempre muito colaboradora; sem ameaçar ou fazer chantagem, insistia para que a filha permitisse a atuação da dentista, dizendo que seus dentes ficariam mais bonitos e que seu pai ficaria orgulhoso.

A história odontológica anterior mostrava sinais de não - colaboração que impediram a realização do tratamento, como relatado a seguir.

- 1ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 2 meses)

Serviço Público: A criança entrou no consultório sem a companhia da mãe, sentou-se na cadeira odontológica, mas não permitiu exame dos seus dentes, chorando e chamando pela mãe. A dentista dispensou a paciente sem realizar nenhum tipo de procedimento.

- 2ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 3 meses)

Serviço Público: A criança entrou no consultório acompanhada pela mãe, permitiu a realização do exame clínico por uma dentista diferente daquela que a atendeu na sessão anterior, mas não permitiu o uso de baixa - rotação para fazer profilaxia: tampou a boca com as mãos e chorou. A dentista mostrou o equipamento e explicou o procedimento que seria feito, mas a criança não colaborou e foi dispensada.

- 3ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 4 meses)

Cepae: a criança esteve na companhia da mãe. Uma dentista integrante da equipe do Cepae realizou exame clínico, mas ela não permitiu o uso de colher de dentina, chorando e tampando a boca com as mãos e foi considerada não - colaboradora.

PARTICIPANTE III:

Paciente do sexo masculino, com 5 anos completos (60 meses de idade) e 25,100 quilogramas no início do tratamento.

Filho único de pai balconista de uma firma de material de construção (29 anos), com primeiro grau incompleto e mãe empregada doméstica (24 anos) com segundo grau completo. A avó materna era responsável pelos cuidados da criança durante o dia.

Não apresentava história de hospitalização e tinha boa saúde geral, tendo sido acometido apenas por catapora e gripes freqüentes, além de enjôo de movimento e náusea durante a escovação.

A mãe relatou que a criança era tímida e difícil de fazer amizade, mas que chorava apenas quando tinha dor. Disse também que o pai não dava muita atenção ao filho, embora morando na mesma casa. A criança parecia ser muito meiga e educada e a mãe, muito carinhosa. Durante a realização desta pesquisa, os pais separaram-se judicialmente, após episódios de agressão física sofridos pela mãe e presenciados pela criança.

A história odontológica anterior mostrou os seguintes comportamentos:

- 1ª e 2ª visitas ao dentista: (aos 3 anos e 4 meses)

Consultório Odontológico particular: o dentista fez preparo cavitário com alta - rotação e restauração provisória em 2 dentes, sem o uso de anestesia. A mãe esteve presente na sala de consulta e a criança foi colaboradora nessas 2 sessões. Provavelmente na segunda sessão a criança sentiu dor, pois foi a partir desta sessão que iniciou a não - colaboração.

- 3ª, 4ª e 5ª visitas ao dentista: (aos 3 anos e 6 meses)

Consultório Odontológico particular: o dentista tentou fazer preparo cavitário com alta - rotação, mas a criança fechou a boca, chorou e não permitiu. O dentista tentou convencê-lo com conversas e mostrando o equipamento mas não conseguiu realizar o tratamento e o paciente foi dispensado. A mãe relatou que a criança começava a chorar em casa quando era avisada de que iriam ao dentista.

- 6ª e 7ª visitas ao dentista: (aos 4 anos e 10 meses)

Serviço Público: O paciente entrou no consultório chorando, acompanhado pela mãe, mas não sentou-se na cadeira odontológica. Ele começava a chorar assim que era avisado de que iria ao dentista.

- 8ª visita ao dentista: (aos 5 anos)

Cepae: segundo relato da mãe, a criança foi avisada no dia anterior à consulta de que ela o levaria ao dentista; a criança chorou, dizendo que não queria ir. No dia da consulta, chorou durante o trajeto de casa até a Faculdade. Chegou chorando no Cepae, entrou acompanhado pela mãe e permitiu exame clínico incompleto, parecendo muito assustado, movendo a cabeça, interrompendo o procedimento várias vezes e choramingando. Assim sendo, a criança foi aceita como participante deste estudo.

PARTICIPANTE IV:

Paciente do sexo feminino, com 4 anos e 4 meses (52 meses de idade) e pesando 15,500 quilogramas no início do tratamento. Filha única de pai mecânico (25 anos) com primeiro grau completo e mãe de prendas domésticas (27 anos) que cursou até a quinta série do primeiro grau.

A história médica revelava apenas um quadro de anemia no primeiro ano de vida e hospitalização de um dia num Pronto Socorro para receber medicação através do soro devido a um quadro inicial de pneumonia aos três anos de idade.

Segundo relato da mãe, a filha freqüentou uma creche por duas semanas aos três anos e meio, mas ela chorava muito e não permitia que a mãe se ausentasse da creche. A mãe optou por não trabalhar fora de casa para cuidar pessoalmente da filha. A criança ficava em casa com a mãe, a avó, uma tia e um primo mais velho.

A mãe descreveu a criança como “manhosa” e que, quando tinha algum desejo, chorava até que fosse satisfeito ou que recebesse alguma punição física. Relatou ainda que a filha não colaborava durante as consultas médicas e que precisou ser contida fisicamente pela mãe nas vezes em que necessitou receber medicamentos através de inalação.

Durante as sessões de atendimento, a criança pareceu ser tratada com super - proteção e indulgência pelos pais, que prometiam passeios e presentes em troca da sua colaboração durante o tratamento odontológico. Havia quase 2 anos que a mãe verificara a presença de cáries, mas não tinha procurado tratamento pois quando mencionava o fato à criança, esta dizia que não deixaria o dentista tratar e chorava. A mãe relatou sentir muito medo de dentista e que ela havia comentado várias vezes este fato na presença da filha.

A reação dos pais frente ao comportamento da criança, durante as sessões iniciais deste estudo, demonstrava que ela devia estar habituada a ter os seus desejos satisfeitos por

eles. Segundo relato da mãe, a criança tinha autonomia em casa para decidir o que comer ou vestir, os programas de televisão assistidos pela família e o horário de dormir. Mesmo depois de terem sido orientados sobre como deveriam comportar-se no consultório, interferindo o mínimo possível e mostrando firmeza, segurança e tranquilidade para a criança, os pais não foram colaboradores. O pai fazia ameaças, perdia a paciência e dizia na presença da criança que a dentista não conseguiria realizar o tratamento, caso não utilizasse a contenção física; a mãe manifestava medo, cobrindo o rosto com a mão e perguntando se a criança sentiria dor, principalmente durante a injeção da anestesia.

A história odontológica anterior mostrava comportamentos de não – colaboração que impediram a realização do tratamento.

- 1ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 2 meses)

Plantão de Urgência - Clínica de Graduação da FOP - UNICAMP: A criança sentia dor de dentes havia dois dias. Ao entrar na clínica, acompanhada pela mãe, sentou-se na cadeira odontológica e durante exame clínico, apresentou os seguintes comportamentos: choro, movimentos de corpo (esperneou) e gritos (chamava pela mãe, que estava sentada ao lado dela). Nesta sessão, sob contenção física, foi realizado um tratamento endodôntico de um incisivo superior com polpa supostamente necrosada, no qual não foi utilizada anestesia e alta - rotação.

- 2ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 2 meses)

Clínica de Graduação da FOP - UNICAMP: A paciente foi chamada para atendimento na Clínica Infantil, pelo mesmo aluno que a atendeu no Plantão de Urgência.

Neste dia, a criança não quis entrar na clínica, chorou muito, segurou nas pernas da mãe e então foi dispensada pelo dentista.

- 3ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 3 meses)

Clínica de Graduação da FOP - UNICAMP: A paciente foi novamente chamada para atendimento na Clínica Infantil, desta vez por outra aluna do último ano do Curso de Graduação em Odontologia. Nesta sessão, a paciente entrou com a mãe e foram realizados exame clínico e uma tomada radiográfica com a colaboração da criança.

- 4ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 3 meses)

Clínica de Graduação da FOP - UNICAMP: A criança entrou na clínica sem a companhia da mãe, levada pela mesma dentista da sessão anterior. Sentou-se na cadeira odontológica, mas chorou e não permitiu o tratamento. Nesta sessão, a dentista fez apenas uma restauração provisória, sem remover a cárie.

- 5ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 3 meses)

Clínica de Graduação da FOP - UNICAMP: A criança recusou-se a entrar na clínica sem a mãe, então esta a acompanhou. Ela recusou-se a sentar na cadeira odontológica, chorou, esperneou e gritou, mas a dentista insistiu, levando em consideração a severidade do quadro clínico, com envolvimento grave de vários dentes, inclusive apresentando comprometimento pulpar. A mãe foi retirada da clínica na tentativa de que, privada de sua presença, a criança apresentasse comportamentos de colaboração. Nesta sessão, que durou por volta de 40 minutos, foi realizado, sob contenção física, o tratamento endodôntico de

um incisivo superior, com a utilização de anestesia injetável. A criança só colaborou no final da sessão, durante os procedimentos de obturação do canal e restauração do dente.

A paciente foi aceita para este estudo tendo seus comportamentos avaliados pela pesquisadora nesta sessão de atendimento.

PARTICIPANTE V:

Paciente do sexo feminino, com 4 anos e 10 meses (58 meses de idade) e 15,500 quilogramas no início do tratamento. Tinha um irmão e cinco meio - irmãos mais velhos (quando seu pai casaram-se, o pai trouxe quatro filhos de um casamento anterior: uma menina de 15, um menino de 13 e gêmeos com 10 anos de idade; a mãe já tinha um filho de 11 anos e juntos tiveram um menino de 6 anos e a participante deste trabalho, que é a filha caçula). O pai (36 anos) era pintor de paredes e frequentou a escola até a quarta série e a mãe (30 anos), de prendas domésticas, até a quinta série do primeiro grau. A criança não frequentava escola e ficava em casa com a mãe e os irmãos o dia todo.

Apresentava bom estado de saúde geral, tendo sido acometida por um quadro de bronquite ao nascer e posteriormente, sarampo. Não tinha experiência de hospitalização.

Durante a anamnese, a mãe relatou que a criança ainda tinha o hábito de sucção de chupeta, que reagia com choro nas visitas ao pediatra e não fazia amizade com facilidade, chorando frente a pessoas estranhas. Segundo relato da mãe, o pai era permissivo e satisfazia todos os desejos da filha, no que não era impedido pela mãe que parecia ser submissa ao marido. Este relato pôde ser confirmado pela pesquisadora, pelo comportamento apresentado pela criança durante as sessões de atendimento. A criança nunca conversou com a dentista e após as sessões em que não houve colaboração e que portanto não houve atividade lúdica ou entrega do brinde, ela saiu da sala de consulta demonstrando sinais de birra, jogando-se no chão, chorando e brigando com a mãe. A mãe relatou que estes comportamentos persistiam durante o resto do dia, fato que desagradava ao pai, que manifestou em várias oportunidades o desejo de interromper o tratamento.

A história odontológica anterior mostrava sinais de não – colaboração que ocorreram após sessões iniciais bem - sucedidas.

- 1ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 5 meses)

Serviço Público: A paciente havia fraturado os incisivos centrais superiores devido a uma queda e estes dentes sofreram necrose pulpar (evidenciada pela presença de fistula). Ela foi observada por duas dentistas, que receitaram medicação antiinflamatória e agendaram uma consulta para a semana seguinte. Nesta primeira sessão, a criança esteve acompanhada pela mãe e permitiu o exame clínico que foi feito no colo da mãe, fora do consultório, sem o auxílio de instrumentais e abrangeu apenas os dentes da bateria antero - superior.

- 2ª e 3ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 5 meses)

Serviço Público: Na 2ª e 3ª sessões, com intervalo de uma semana, uma das dentistas que havia feito o exame clínico na 1ª sessão, realizou a terapia pulpar dos dois incisivos superiores (um em cada sessão). Não houve a utilização de anestésico injetável e a mãe esteve presente na sala de consulta. A criança permitiu a realização do tratamento sem manifestar nenhum comportamento de não - colaboração.

- 4ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 6 meses)

Serviço Público: Foi realizado tratamento restaurador de um dente superior, com o uso de anestesia injetável e com a colaboração da criança, sempre na presença da mãe.

- 5ª a 7ª visitas ao dentista: (aos 4 anos e 7 meses)

Serviço Público: Em três visitas com intervalos semanais, foram feitas restaurações sem o uso de anestésico injetável. A mãe esteve sempre presente e a criança mostrou-se colaboradora. Na última sessão, provavelmente a criança sentiu dor, pois não permitiu a realização de nenhum procedimento nas sessões seguintes, descritas abaixo.

- 8ª sessão ao dentista: (aos 4 anos e 8 meses)

Serviço Público: Por motivo de saúde, a mãe não pode acompanhar a criança, que foi levada pela irmã de 15 anos. Nesta sessão, apesar da presença da irmã dentro da sala de consulta, a criança não permitiu tratamento, mesmo após contenção física feita pela dentista e pela assistente. Além da possibilidade da criança ter sentido dor na sessão anterior, pela primeira vez ela esteve sob contenção física e sem a presença da mãe, o que pode justificar seu comportamento.

- 9ª sessão ao dentista: (aos 4 anos e 8 meses)

Serviço Público: Após uma semana, acompanhada pela mãe, a criança não permitiu nem a realização do exame clínico e foi dispensada.

- 10ª sessão ao dentista: (aos 4 anos e 8 meses)

Serviço Público: Nesta sessão, a criança não colaborou, então foi contida pela mãe e pela auxiliar para a realização de exodontia (extração) de um segundo molar inferior decíduo. A mãe relatou que a dentista parecia estar muito nervosa e insegura quanto à realização do procedimento.

- 11ª a 14ª sessões ao dentista: (aos 4 anos e 9 meses)

Serviço Público: Durante as quatro sessões, mesmo na presença da mãe, a criança não permitiu a realização de nenhum procedimento, permanecendo no colo da mãe e chorando muito.

- 15ª sessão ao dentista: (aos 4 anos e 10 meses)

Cepae: a criança esteve na companhia da mãe e uma dentista integrante da equipe do Cepae realizou exame clínico incompleto, não permitindo o uso de colher de dentina para remoção de tecido cariado, virando-se na cadeira, tampando a boca com as mãos e chorando.

PARTICIPANTE VI:

Paciente do sexo masculino, com 4 anos e 1 mês (49 meses de idade) e 19,500 quilogramas no início do tratamento. Tinha apenas uma irmã um ano mais velha.

O pai (29 anos) era operador de máquinas, com segundo grau completo e a mãe (29 anos) era de prendas domésticas e tinha concluído o primeiro grau.

A história médica mostrou anemia aos 30 meses e problemas respiratórios que persistiram do nascimento aos 20 meses de idade e que, segundo a mãe, foi uma seqüela do parto, levando a três episódios de hospitalização devido a quadros de pneumonia aos 6, 11 e 20 meses de idade. Depois dos 20 meses, permaneceu saudável, apenas com alguns episódios de resfriado.

A criança permanecia com a mãe e a irmã em casa, pois não freqüentava a escola. Em algumas ocasiões, devido a problemas de saúde da filha mais velha, a mãe tinha de ausentar-se de casa para acompanhá-la ao médico, deixando a criança sob os cuidados da avó paterna. A mãe relatou que a criança sentia ciúme dos cuidados especiais que a irmã recebia dos pais e reclamava da ausência da mãe nas ocasiões em que ela acompanhava a filha ao médico; por isso ela realizava todas as vontades do filho, a fim de compensá-lo.

Segundo a mãe, o filho apresentava “problema de relacionamento”; ele não fazia amizade com outras crianças, ficava assustado frente a pessoas estranhas e quando alguém que não faz parte do núcleo familiar tentava uma aproximação, ele reagia chorando. Durante as consultas ao pediatra, que é o mesmo desde seu nascimento, ele chorava muito. A mãe descreveu o filho como “impaciente”, pois quando tinha algum desejo que não era satisfeito imediatamente, ele reagia com choro.

Ele não tinha experiência de tratamento odontológico pois, segundo relato da mãe, nenhum profissional havia conseguido realizar procedimentos considerados simples, tais

como exame clínico ou treino de escovação. A história odontológica anterior está descrita abaixo.

- 1ª visita ao dentista: (aos 2 anos e 10 meses)

Consultório Odontológico particular: O paciente chorou assim que chegou no consultório, recusou-se a entrar e precisou ser carregado pela mãe, que permaneceu com ele na sala durante a consulta. Ele recusou-se a deitar na cadeira odontológica, então sua mãe o colocou na cadeira e o fez deitar. Durante o exame clínico, ele permaneceu chorando e fechando a boca, mordendo o espelho intra - bucal. Ao sair da sala de consulta dizia que não queria voltar mais. Por motivos financeiros, a mãe não pode dar continuidade ao tratamento.

- 2ª visita ao dentista: (aos 3 anos e 11 meses)

Serviço Público: O paciente recusou-se a entrar sozinho no consultório, então foi acompanhado pela mãe, que o colocou sentado na cadeira e depois o forçou a deitar, pois ele recusava-se. Ele não permitiu a realização do exame clínico, fechando a boca e chorando e por isso foi dispensado pelo dentista. Após sair da sala de consulta, a criança foi repreendida pela mãe.

- 3ª visita ao dentista: (aos 4 anos e 1 mês)

Cepae: A criança esteve acompanhada por sua mãe. Na sala de espera mostrou-se acanhada, não interessou-se pelos brinquedos e não brincou com outras crianças presentes na sala. No consultório, sentou-se sozinho na cadeira odontológica, mas para que deitasse a

mãe precisou forçá-lo. Embora estivesse sorridente e parecesse calmo, não permitiu a realização do exame clínico com espelho intra - bucal, fechando a boca e tampando-a com as mãos. Demonstrou-se impaciente, tentando sair da cadeira várias vezes. Devido à história odontológica prévia e ao comportamento apresentado nesta sessão, ele foi considerado um paciente não - colaborador e aceito como participante deste estudo.

4.2 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL

Sob a perspectiva da psicologia comportamental, alguns farmacologistas desenvolveram uma filosofia de pesquisa que estuda intensamente um número pequeno de sujeitos, verificando os efeitos de drogas através da avaliação de suas conseqüências sobre o comportamento de pacientes individuais. A justificativa para esta metodologia está no fato de que as metodologias tradicionais, envolvendo um grande número de sujeitos e comparando várias drogas e doses diferentes, não levam em consideração as mudanças que ocorrem em cada indivíduo ao longo do tratamento. O delineamento comportamental propõe exposições múltiplas do mesmo indivíduo a cada tratamento, o que permite a análise dos efeitos associados com o tempo e reduz a probabilidade de erro que pode ocorrer devido a fatores particulares do paciente no dia determinado para submeter-se ao tratamento. Além disso, diferenças estatisticamente significativas em estudos clínicos, podem não revelar diferenças na prática. Isto ocorre porque geralmente o número de sujeitos é grande e não leva em consideração aspectos particulares, que ficam diluídos dentro da amostra (WEINSTEIN, 1986).

Sendo assim, após a seleção, os 6 participantes foram divididos em dois grupos, designados grupo A e grupo B. Como os participantes não foram selecionados ao mesmo tempo, pois eles vieram encaminhados de outros serviços odontológicos um de cada vez, para dividi-los em grupos A e B tomou-se a seguinte medida: a pesquisadora elaborou seis fichas, sendo três assinaladas com a letra A e três com a letra B, e colocou-as dobradas uma a uma dentro de um envelope. Quando um participante iniciava o tratamento, a pesquisadora sorteava uma ficha que classificava a criança num dos dois grupos e em seguida descartava esta ficha, ou seja, uma vez retirada a ficha no sorteio, esta não voltava

a fazer parte do universo de fichas para o sorteio do próximo participante. Assim, os participantes foram classificados num dos dois grupos, ficando distribuídos aleatoriamente três no grupo A e três no grupo B.

Na primeira sessão não foi administrado nenhum medicamento. A partir da segunda sessão de atendimento, o participante recebeu, de maneira duplo - cego, o ansiolítico ou o placebo, sessenta minutos antes do início da sessão.

Os frascos que continham a droga e o placebo eram designados apenas como “Droga A” e “Droga B”, sendo que a pesquisadora, a equipe odontológica, a criança e seu acompanhante não sabiam em qual das amostras encontrava-se o princípio ativo do ansiolítico. O conteúdo dos dois frascos apresentava sabor, cor, textura e odor semelhantes, diferindo apenas no rótulo pelas descrições “Droga A” e “Droga B”. A pesquisadora somente tomou conhecimento do conteúdo dos frascos após o término da coleta dos dados, evitando-se deste modo o problema da contaminação dos dados.

A dose do diazepam utilizada neste estudo foi de 0,3 miligramas por quilograma de peso, administrada à criança nas dependências do Cepae, 1 hora antes do início da sessão. O placebo foi administrado em igual volume do diazepam utilizado. A opção por esta dose baseou-se na literatura, por estar dentro dos limites citados pelos autores. Na literatura atual não há unanimidade em relação à dose de diazepam recomendada. TRAPP (1981) considera a dose adequada para crianças jovens entre 0,2 e 0,5 mg/Kg de peso. A *Federation Dentaire Internationale* (1989) sugere dose de 0,2 mg/Kg de peso 1 hora antes da intervenção. KOCH et al. (1992) dizem que, para crianças com menos de 8 anos de idade, as doses de diazepam via oral devem variar entre 0,5 e 0,8 mg/Kg de peso. GIOVANNITTI (1993) recomenda doses entre 0,15 e 0,3 mg/Kg de peso. ANDRADE (1999) recomenda dose de 0,1 a 0,3 mg/Kg de peso.

O diazepam não é solúvel em água, razão pela qual optou-se pela forma farmacêutica em suspensão, feito em veículo xaroposo, sabor *tutti - fruti*, contendo 1 miligrama do princípio ativo em cada 1 mililitro da suspensão. A manipulação do medicamento e do placebo foi feito na mesma Farmácia de Manipulação. Vale lembrar que este medicamento só pode ser vendido mediante a apresentação da Receita de Controle Especial de acordo com a Portaria 344/98, de 12 de maio de 1998 (ANDRADE, 1999).

Os participantes de cada grupo receberam as drogas A e B na seqüência apresentada no esquema a seguir. Identificou-se, posteriormente, que a droga A representava o placebo e a droga B continha o princípio ativo do diazepam.

SESSÃO	GRUPO A	GRUPO B
1ª	Sem droga	Sem droga
2ª	<i>Droga A</i>	Droga B
3ª	<i>Droga A</i>	Droga B
4ª	Droga B	<i>Droga A</i>
5ª	Droga B	<i>Droga A</i>
6ª	<i>Droga A</i>	Droga B
7ª	<i>Droga A</i>	Droga B
8ª	Droga B	<i>Droga A</i>
9ª	Droga B	<i>Droga A</i>

Esquema representativo do delineamento experimental utilizado neste trabalho de pesquisa

DESCRIÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO

O tratamento odontológico foi realizado no Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA), uma unidade do Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais, da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (Cepae - FOP - UNICAMP).

O LPA é composto por uma sala de consulta, na qual encontra-se um espaço para o desenvolvimento de atividade lúdica (uma estante com brinquedos, uma mesa e cadeiras de tamanho infantil), um equipo odontológico e uma pia com espelho utilizada para treino de escovação, além de todos os materiais e instrumental odontológico necessários à realização dos atendimentos. Possui também uma sala de observação separada do consultório por um espelho com visão uni - direcional, através do qual foram feitas as filmagens. Além disso, estes ambientes estão equipados com sistemas de áudio (microfones no consultório e saídas de som na sala de observação) e vídeo - tape, com uma câmara filmadora posicionada na sala de observação, direcionada para o consultório (Planta do LPA: anexo 1).

Ao chegar para atendimento, o paciente aguardava na Sala de Espera do Cepae, a qual possui um painel informativo onde estão fixados cartazes com orientações sobre prevenção da cárie, revistas de entretenimento e cadeiras para os pais, um colchonete, sobre o qual pode-se deitar ou sentar para brincar, uma caixa com brinquedos diversos, tais como, jogos de montar e bonecos de pano, e um quadro negro com giz.

4.3 PROCEDIMENTOS

O tratamento odontológico de cada participante foi realizado em, no mínimo, nove sessões de atendimento. Os atendimentos foram individuais, realizados em sessões com intervalos mínimos de uma semana e tiveram duração média de 32 minutos.

Todas as sessões foram gravadas em vídeo - tape (VT), com sons de “bip” a cada 15 segundos, que marcavam os momentos em que, posteriormente, foram feitos os registros dos comportamentos observados.

Para a incorporação dos sons de “bip” no VT, uma fita cassete, que recebeu a denominação de “fita bipada”, foi previamente preparada, gravando-se o som de um “bip”, acionado a cada 15 segundos. A cada 3 “bips”, a voz de um locutor dizia o número correspondente ao minuto, até o minuto 90 (no lado A da fita registrou-se até o minuto 45 e do lado B, do minuto 46 até o minuto 90). Ao iniciar a filmagem, o cinegrafista acionava um aparelho de som, ligado diretamente na filmadora, para fazer o registro concomitante da imagem e do som da sessão de atendimento e do som da “fita bipada”. Deste modo, o VT registrou a sessão de atendimento odontológico com o som do “bip” ao fundo.

Após a seleção do participante, havia uma reunião entre a pesquisadora e a mãe do participante, sem a presença deste (apenas o participante I esteve presente na sessão de anamnese e permaneceu brincando com o irmão enquanto a mãe e a pesquisadora conversavam). Nesta reunião, a mãe respondia as questões da ficha de anamnese e fazia um relato detalhado sobre os comportamentos emitidos pela criança em tratamentos odontológicos anteriores (estes relatos estão descritos no item “descrição dos participantes”, nesta seção).

A mãe era informada sobre a importância da realização do tratamento, as estratégias de manejo de comportamento que seriam empregadas (comportamental e farmacológica) e de que todas as sessões seriam filmadas em VT, sendo os dados utilizados para pesquisa. As informações sobre prevenção de cárie e doença gengival eram transmitidas nesta reunião e também numa palestra que faz parte do Programa Preventivo destinado aos pacientes regulares do Cepae. Além disso, a pesquisadora fazia esclarecimentos sobre os termos do documento de autorização para tratamento e pesquisa, que era então assinado pela mãe (Anexo 2: “Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa”).

A pesquisadora orientava a mãe sobre como deveria ser o seu comportamento dentro do consultório, durante o atendimento, nos momentos em que a criança estava colaboradora ou naqueles momentos em que seus comportamentos não permitiam a atuação da dentista. A mãe deveria interferir o mínimo possível, mantendo-se calada, não demonstrando sinais de ansiedade e interagindo com a criança apenas quando solicitado pela dentista.

Permaneciam na sala de consulta, durante as sessões de atendimento, o paciente e seu acompanhante (que na maioria das vezes foi a mãe), a pesquisadora (que atuou sempre como cirurgiã - dentista) e mais um ou dois cirurgiões - dentistas, pertencentes ao quadro de estagiários do Cepae, que atuaram como auxiliares (o 2º auxiliar esteve presente somente a partir da 6ª sessão de cada paciente). Na sala de observação esteve presente o cinegrafista que realizou as filmagens das sessões em VT.

Os dentistas que auxiliaram no tratamento foram instruídos para que não interagissem com a criança, apenas o fazendo quando solicitado pela dentista. Nos casos onde ocorreu a contenção física, um auxiliar mantinha as mãos ou a cabeça das crianças imóveis enquanto o outro manipulava os materiais odontológicos.

Primeira sessão

Os procedimentos realizados no início da primeira sessão de atendimento de todos os participantes foram semelhantes. Nesta sessão, na qual não era oferecida nenhuma medicação, a criança e seu acompanhante eram encaminhados ao consultório assim que chegavam para o atendimento.

No consultório, a dentista convidava a criança e sua mãe para sentar nas cadeiras ao redor da mesa, a fim de explicar e demonstrar os procedimentos que seriam realizados na sessão e como deveria ser o comportamento da criança durante o tratamento. Para isso, utilizava brinquedos e instrumentos odontológicos: um manequim com dentes decíduos, uma escova dental infantil, um pote tipo Dappen (frasco de vidro) contendo uma substância corante de placa bacteriana, um pincel para aplicação do corante e um fantoche no formato de jacaré. O corante de placa bacteriana era aplicado com o pincel sobre a unha da criança, explicando que o mesmo seria feito em seus dentes, para que ela e seu acompanhante pudessem visualizar a placa e em seguida removê-la com a escovação. O manequim e a escova dental eram utilizados para demonstrar, de maneira sucinta, a técnica de escovação; o fantoche serviu de modelo de como deveria ser o comportamento da criança durante a realização dos procedimentos. A dentista também informava que, caso a criança colaborasse, emitindo os comportamentos ensinados (permanecendo com a boca aberta durante a aplicação do corante, por exemplo), ao final da sessão ela receberia um brinde (balão de ar).

Em seguida, o paciente era levado para a cadeira odontológica e a mãe era encaminhada a uma cadeira ao lado da criança e, enquanto paramentava-se com luvas e máscara, a dentista conversava com a criança, distraíndo-a e explicando o motivo do uso do

paramento. Depois desta introdução, realizava-se exame clínico, aplicação de corante de placa bacteriana e orientação da mãe sobre escovação. Antes da realização de cada procedimento, a dentista mostrava o equipamento e os instrumentos que seriam utilizados e permitia que a criança os manipulasse. A criança era conduzida para uma cadeira situada em frente à pia, onde era realizado o treino de escovação, para a criança e sua mãe, sob a orientação e supervisão da dentista. Terminada a escovação, a dentista mostrava à criança quais de seus dentes ainda estavam corados e encaminhava-a de volta para a cadeira odontológica, a fim de realizar a profilaxia. A profilaxia era realizada com Escova de Robson no baixa - rotação (escova circular acoplada ao “motorzinho”), usando uma pasta preparada com uma mistura de creme dental infantil e pedra-pomes, e com fio dental. Em seguida, realizava-se a aplicação tópica de flúor. Terminados estes procedimentos, a criança recebia o brinde (balão de ar) mesmo se não houvesse colaborado, permitindo a realização somente de alguns dos procedimentos planejados para aquela sessão.

Após o término da primeira sessão, a criança era pesada numa balança mecânica pertencente ao Ambulatório Médico da FOP-UNICAMP, para cálculo da dosagem do medicamento.

Da Segunda à nona sessão

Somente a partir da segunda sessão, iniciava-se o tratamento curativo e o medicamento (Droga A ou B) era administrado à criança nas dependências do Cepae. A medicação era diluída em igual quantidade de água e oferecida à criança num copo com desenhos infantis. Após a criança tomar a medicação, a dentista oferecia água colocada no mesmo copo, para evitar possíveis perdas dos resíduos do medicamento.

A mãe era orientada pela pesquisadora sobre os cuidados necessários com a criança após receber a medicação, tais como impedir que a criança ingerisse alimentos ou bebidas contendo álcool, manipulasse instrumentos cortantes ou permanecesse desacompanhada enquanto estivesse sob os efeitos da medicação. Para maior segurança da criança, pedimos que ela ficasse sob observação cuidadosa durante 30 horas após a administração, mesmo tendo em vista que a maioria dos autores citam que os efeitos dos benzodiazepínicos terminam após 12 horas em média (LOEFFLER, 1992). A mãe assinava um “Termo de Responsabilidade” (Anexo 3) no qual constam estas orientações e recebia uma cópia deste documento. Este procedimento foi realizado da 2ª à 9ª sessão para todos os participantes.

A criança aguardava por 60 minutos até o início do atendimento. Neste período de tempo, ela permanecia na Sala de Espera do Cepae com sua mãe, realizando atividades que ao mesmo tempo a distraíssem e relaxassem, tais como a leitura de um livro infantil ou brincadeiras com jogos de montar. Durante o período de espera, a criança era observada pela pesquisadora, de maneira informal, em intervalos médios de 10 minutos, para verificar a presença de sonolência ou agitação. Nenhuma alteração de comportamento foi percebida pela pesquisadora neste período de tempo.

Passados os 60 minutos necessários para o início da ação da droga, a criança e seu acompanhante eram conduzidos ao consultório, para a realização do tratamento.

A partir desta sessão, quando a criança entrava no consultório, a dentista levava-a à mesa de atividade lúdica, mostrava-lhe os brinquedos (jogos de memória, livros de história, quebra - cabeças, dominós, etc.) e estabelecia a seguinte contingência: caso ela colaborasse, poderia brincar no final da sessão e receber o brinde (balão de ar). Para que a criança entendesse esta contingência, a dentista utilizava o seguinte argumento: se ela colaborasse, ajudando a dentista, ficando quieta e abrindo sua boca para a realização do tratamento, este seria feito o mais rápido possível e então sobraria tempo para a realização da atividade lúdica ao término da sessão. Estabelecida a contingência, a criança era encaminhada à cadeira odontológica e o acompanhante permanecia numa cadeira colocada do lado esquerdo da criança, próximo à auxiliar.

Para realização do tratamento odontológico com sucesso era necessária a realização de anestesia (tópica e injetável), isolamento absoluto, preparo cavitário (utilizando alta ou baixa - rotação) e restauração definitiva do dente.

Da segunda à quinta sessão, durante um período de tempo de 20 a 30 minutos, a dentista utilizava estratégias não - aversivas de manejo do comportamento, tais como a

distração, conversando sobre os brinquedos que estavam sobre a mesa de atividade lúdica ou sobre algum assunto de interesse para a criança; a explicação, mostrando os equipamentos e instrumentos que seriam utilizados, permitindo que a criança manipulasse estes objetos e pedindo sua colaboração para o tratamento; e o reforçamento específico, elogiando a criança quando esta emitia algum comportamento colaborador. Caso a criança não permitisse o tratamento, a dentista encerrava a sessão e explicava que não haveria atividade lúdica e entrega do brinde, pois não havia sobrado tempo devido à sua não - colaboração. Somente a partir da sexta sessão, caso a criança não colaborasse realizava-se o tratamento sob contenção física e, ao final da sessão, ela participava da atividade lúdica por um período de tempo em torno de 5 a 10 minutos, dependendo da sua colaboração, e recebia o brinde.

A estratégia aqui denominada de contenção física envolvia desde ajuda física para a criança sentar-se na cadeira, recostar-se, manter suas mãos ao lado do corpo, até a contenção dos movimentos de corpo e cabeça, de tal forma que o único comportamento possível era seguir as instruções da dentista.

Tomou-se o cuidado de realizar contenção física apenas a partir da sexta sessão para que cada participante pudesse passar por quatro sessões com medicação (duas recebendo a droga A e duas, a droga B) e assim ter a oportunidade de colaborar sob o efeito dos 2 tratamentos (diazepam e placebo). A contenção física era realizada somente no início da sessão, quando a criança recusava-se a colaborar (emitia comportamentos de esquiva ou fuga) ou durante os momentos em que emitia comportamentos de não - colaboração (por exemplo: movimentos de cabeça) que pudessem interromper o procedimento ou causar ferimentos.

Em todas as sessões, mesmo naquelas em que foi necessário o uso de contenção física, a dentista utilizou estratégias não-aversivas de manejo do comportamento, descritas mais adiante.

Não foram realizados procedimentos de monitoramento sistemático dos sinais vitais, tais como batimento cardíaco e nível de oxigênio no sangue. Durante 2 sessões de atendimento do participante IV (1º participante a ser atendido), tentou-se a utilização de um aparelho denominado “Oxímetro de pulso” mas o comportamento da criança impediu a colocação do dispositivo que faria a mensuração destas taxas.

Durante este trabalho de pesquisa, não houve nenhuma objeção dos pais em relação às estratégias utilizadas. Entretanto, não foi realizada nenhuma avaliação formal desta questão, apenas questionamentos por parte da pesquisadora antes de iniciar o tratamento e no transcorrer das sessões de atendimento.

O anestésico injetável utilizado em todas as sessões foi a Lidocaína com adrenalina 1:100.000 (Alphacaïne®, da DFL). Todos os tubetes foram do mesmo lote de fabricação. A cada sessão foi aplicado apenas um tubete de anestésico, por meio de técnica infiltrativa, sendo 4/5 aplicados por vestibular e 1/5 por lingual ou palatina, para impedir que a instalação do grampo utilizado no isolamento absoluto causasse desconforto ao paciente. O anestésico tópico utilizado foi uma pomada a base de Benzocaína (Aminobenzoato de Etila em base hidrossolúvel - Sultan Topex®, da DFL), sendo o mesmo frasco utilizado em todas as sessões para todos os participantes. A quantidade utilizada não foi padronizada.

4.5 REGISTRO E TRATAMENTO DOS DADOS

COMPORTAMENTOS OBSERVADOS

Os comportamentos emitidos pelo paciente e pela dentista durante as sessões de atendimento foram observados e registrados posteriormente, utilizando as fitas de VT.

A observação e registro dos comportamentos dos pacientes foram realizados com base no Código HBCD, desenvolvido por ALLARD & STOKES (1980), utilizado também por STOKES & KENNEDY (1980), com algumas modificações. As categorias de comportamento observadas e registradas foram:

- movimentos de corpo e/ou cabeça: qualquer movimento de corpo e/ou cabeça, manifestado durante a execução de um procedimento odontológico, que atrapalhasse a atuação do dentista, porém sem interromper o procedimento. Não foram considerados movimentos em resposta à solicitações do dentista ou movimentos de pernas e braços que não interferiram com o procedimento. Este comportamento pôde ou não ocorrer concomitante a choro ou reclamações;
- choro ou reclamações: presença de choro, gemido ou reclamação sobre os procedimentos. Este comportamento foi registrado somente quando ocorria isoladamente. Se a criança estava chorando ou reclamando e, ao mesmo tempo, emitindo outros comportamentos (fuga, esquivas ou movimento de corpo e/ou cabeça), o choro não era registrado.

- fuga: quando a criança interrompia um procedimento que estava sendo realizado, por meio de movimentos bruscos de corpo e/ou cabeça, na presença ou não de choro ou reclamações.
- esquiva: comportamentos que não permitiam o início da realização do procedimento. Exemplo: quando a criança não seguia instruções, recusando-se a deitar-se na cadeira ou a abrir a boca, na presença ou não de choro ou reclamações e movimentos de corpo e/ou cabeça; quando a criança estava quieta, deitada na cadeira, com as mãos sob o corpo, mas com a boca fechada, recusando-se a abrir; ou quando estava no colo da mãe, chorando e recusando-se a deitar na cadeira.

Os comportamentos da dentista registrados foram as estratégias utilizadas para o controle do paciente, além do controle farmacológico:

- Contenção física: a mãe e a auxiliar continham os movimentos de corpo e/ou cabeça da criança, a fim de permitir o trabalho da dentista e impedir a ocorrência de ferimentos, principalmente durante a injeção da anestesia. Esta estratégia foi utilizada apenas a partir da 6ª sessão e foi registrada em todos os momentos em que ocorreu, mesmo nos momentos em que a dentista utilizava simultaneamente as verbalizações (distração, elogio ou explicação).

- Distração:

Os estímulos que podem distrair a atenção do paciente em direção a situações imaginárias incompatíveis com dor ou tensão, são chamados de “estímulo distraidores”. A distração é utilizada no consultório como uma forma de lidar com a ansiedade do paciente e pode ser feita por meio de conversa sobre assunto ou tema de interesse da criança, ou por música infantil, cantada pelo profissional ou gravada, ou por histórias (STARK et al., 1989). Equipamentos como televisão, vídeo - game e fones de ouvido também são utilizados como estímulos distraidores. Neste trabalho, a distração foi feita por meio de:

- a) conversa: quando o dentista estava conversando com o paciente sobre assuntos que não diziam respeito à situação odontológica, com a intenção de distrair a atenção da criança dos procedimentos odontológicos que estavam sendo executados;
- b) canto: quando o dentista cantava músicas infantis;
- c) tranquilização: quando o dentista fazia massagens faciais ou nos braços e mãos do paciente, pedindo para que ele relaxasse ou fizesse exercícios de respiração (inspiração longa e expiração lenta), com o intuito de acalmar o paciente.

- Explicação: o uso do “conte - mostre - faça” idealizado por ADDELSTON (1959) consiste em explicar e mostrar à criança o procedimento que será realizado e como deve ser o seu comportamento durante a realização do mesmo e, em seguida, realizá-lo. Este procedimento foi utilizado neste trabalho no início da primeira sessão e imediatamente antes da realização de qualquer procedimento em todas as sessões. Além disso, foram

considerados comportamentos de “explicação” quando o dentista pedia a colaboração do paciente para que deitasse, abrisse a boca, permanecesse imóvel, etc.

- **Reforçamento positivo:**

Um estímulo reforçador positivo é um evento “desejável” ou “agradável”, que segue imediatamente um comportamento específico e aumenta a probabilidade (ou frequência) deste comportamento (MORAES & PESSOTTI, 1985). Um evento será considerado como reforçador quando atender a estes dois critérios. Na situação odontológica, o elogio aos comportamentos “colaboradores” do paciente pode ser considerado um estímulo reforçador. Neste estudo, frases do tipo “*parabéns, você está ajudando muito*” foram utilizadas como estímulo reforçador do comportamento colaborador, na tentativa de aumentar a ocorrência deste comportamento.

REGISTRO E AVALIAÇÃO DA CONCORDÂNCIA DOS DADOS

A pesquisadora e uma assistente de pesquisa¹, previamente treinada, faziam o registro dos comportamentos emitidos pela criança e das estratégias usadas pela dentista, a cada 15 segundos, utilizando uma ficha de observação denominada “Folha de Registro” (Anexo 4).

Além do registro dos comportamentos da criança e das estratégias utilizadas pela dentista, a pesquisadora também anotava os procedimentos clínicos realizados (aplicação de anestésico tópico e injetável, isolamento absoluto, preparo cavitário, restauração, etc.) de forma a permitir a visualização dos comportamentos da criança e da dentista pareados num mesmo intervalo de tempo durante a execução de um determinado procedimento.

O treinamento da assistente de pesquisa para o registro dos comportamentos e estratégias foi feito da seguinte maneira: a pesquisadora explicou-lhe em detalhes os comportamentos e estratégias que seriam registrados, exemplificando cada um deles; em seguida, assistiram juntas a uma sessão filmada, interrompendo a exibição da fita nos momentos do registro (a cada 15 segundos) e discutindo os comportamentos e estratégias que estavam ocorrendo. Depois desta explicação inicial, a assistente de pesquisa fez o registro de uma sessão completa, que foi depois comparado ao registro feito pela pesquisadora. Posteriormente, a pesquisadora e a assistente assistiram juntas esta mesma sessão, discutindo sobre os intervalos em que ocorreram discordâncias entre os registros.

Feito o treinamento, a assistente de pesquisa e a pesquisadora assistiam separadamente cada sessão gravada e faziam registros independentes. Em seguida,

comparava-se² o registro feito pela pesquisadora e o registro feito pela assistente de pesquisa, assinalando, no registro feito pela pesquisadora, uma marca em caneta vermelha sobre os intervalos em que havia discordância. Verificada a presença de discordância, a sessão era assistida novamente, desta vez pela pesquisadora junto com a assistente de pesquisa, revendo os intervalos discordantes e fazendo novos registros, caso houvesse mudança de opinião das observadoras. Tomou-se a decisão de realizar a revisão de todas as sessões, mesmo daquelas em que a porcentagem de concordância fosse superior a 80%, índice aceito para conferir fidedignidade aos dados registrados (ALLARD & STOKES, 1980; STOKES & KENNEDY, 1980). Quando após a revisão das sessões ainda persistia discordância, considerava-se como correto o registro realizado pela pesquisadora. A concordância média alcançada após as sessões de revisão foi de 99,06%. O Quadro 1 apresenta os índices de concordância por sessão dos 6 participantes, após as sessões de revisão e pode ser visto no Anexo 5.

¹ Assistente de Pesquisa: Aluna do 10º semestre do Curso de Psicologia da Universidade Metodista de Piracicaba, bolsista de Iniciação Científica do CNPq (Processo: 520026/96-9), treinada pela pesquisadora para observação e registro dos dados.

² Uma auxiliar de consultório dentário, treinada pela pesquisadora para comparação dos registros.

TRATAMENTO DOS DADOS

Para realizar o tratamento dos dados registrados, cada sessão foi dividida em blocos de tempo de 3 minutos. Cada bloco de 3 minutos foi denominado de Tx, onde x correspondia ao número do bloco (T1, T2, T3, etc., conforme a duração da sessão) e continha 12 intervalos de tempo de 15 segundos cada (Anexo 4). Feita esta divisão, foram calculadas as frequências relativas dos intervalos em que ocorreram cada um dos comportamentos e estratégias, em cada bloco de tempo (T). As frequências relativas foram obtidas da seguinte maneira: o número total de intervalos registrados de cada um dos comportamentos e estratégias em cada T foi dividido por 12. Para o cálculo de todas estas frequências, o *N* foi igual a 12, pois representa o número máximo de intervalos contidos em cada T. Nos casos em que o último bloco de tempo não fosse composto por 12 intervalos, o *N* era igual ao número dos intervalos que compunham este T.

Em seguida, utilizando o programa de computador Microsoft - EXCEL (versão 7.0), foram elaboradas duas planilhas referentes a cada sessão de atendimento: uma contendo as frequências relativas dos comportamentos emitidos pelo paciente em cada bloco de tempo, e outra contendo as frequências relativas das estratégias utilizadas pelo dentista. Com base nestas planilhas, foram confeccionados gráficos de colunas. Deste modo, elaborou-se 2 gráficos para cada sessão de cada um dos seis participantes, totalizando 18 gráficos (Figuras numeradas de 1 a 18, respectivas a cada participante).

Para cada sessão de atendimento, foi elaborada uma tabela contendo os procedimentos clínicos realizados durante cada T. Estas tabelas estão apresentadas abaixo dos gráficos referentes a cada sessão de atendimento (Tabelas numeradas de 1 a 9).

Feita esta primeira análise, verificou-se a frequência relativa dos intervalos em que ocorreram cada comportamento e estratégia durante o tempo total de cada sessão de atendimento. Isto foi feito somando-se todos os intervalos de tempo em que ocorria cada comportamento ou estratégia e dividindo pelo tempo total da sessão (neste caso, o N foi correspondente ao número total de intervalos de 15 segundos ocorridos em cada sessão). Desta maneira, foram elaboradas duas planilhas e os gráficos correspondentes, referentes a cada participante (Figuras 19 a 30).

Para facilitar a avaliação da frequência de comportamentos emitidos pela criança em cada sessão de atendimento, relacionando-a com a droga recebida e a utilização ou não da estratégia de contenção física, elaborou-se um gráfico para cada participante, mostrando a frequência média dos comportamentos de fuga e esquiva somados e de choro e movimentos de corpo e/ou cabeça somados, nas sessões em que a criança recebeu o diazepam e o placebo. Portanto, estes gráficos apresentam as médias da 2ª e 3ª sessões, da 4ª e 5ª, da 6ª e 7ª e da 8ª e 9ª sessões. A primeira sessão de cada participante aparece isolada (sessão de linha de base). Os gráficos foram incluídos numa mesma figura para facilitar a comparação (Figura 31).

Todos os gráficos citados acima, bem como a sua descrição detalhada, encontram-se no corpo da seção “RESULTADOS e DISCUSSÃO” (descrição detalhada do participante I e descrição geral dos participantes II a VI) e no anexo 6 (descrição detalhada dos participantes II a VI).

5. RESULTADOS e DISCUSSÃO

5.1 RESULTADOS INDIVIDUAIS

Esta seção apresenta os resultados individuais dos seis participantes, separados por grupo. O grupo A corresponde aos participantes I, II e III, e o grupo B, aos participantes IV, V e VI. Os participantes serão designados pela letra P, seguida pelo número correspondente (I a VI), de modo que o participante I será designado por P-I, o participante II, por P-II e assim por diante.

Os resultados referentes ao participante I serão apresentados detalhadamente nesta seção, ou seja, cada sessão será descrita individualmente, além da avaliação das 9 sessões agrupadas (Figuras 1 a 20). Em relação aos resultados referentes aos demais participantes (P-II, P-III, P-IV, P-V e P-VI), estes serão descritos de maneira geral (Figuras 21 a 30) e não a cada sessão. No entanto, a descrição detalhada das sessões individuais destes participantes encontra-se no anexo 6. Esta forma de apresentação dos resultados atende à uma sugestão de síntese apresentada pela banca do exame de qualificação e não prejudica a coerência da apresentação. As figuras do Anexo 6 estão numeradas de 1 a 18, correspondentes a cada participante, ou seja, as figuras referentes aos resultados do participante II recebem a numeração II-1 a II-18; as figuras referentes aos resultados do participante III, recebem a numeração III-1 a III-18 e assim por diante.

Os Quadros numerados de I a VI apresentam o número de sessões realizadas, a duração de cada sessão (incluindo o tempo utilizado em atividade lúdica final), a medicação empregada, os procedimentos realizados, o(s) comportamento(s) predominante(s) da criança e a(s) estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) em cada sessão.

Inclui-se também o tempo médio das sessões realizadas. Estes quadros descrevem os atendimentos de cada um dos participantes.

Os procedimentos apresentados nos Quadros numerados de I a VI estão sob a forma de siglas, cuja legenda, em ordem alfabética, encontra-se ao lado dos quadros.

GRUPO A

Neste grupo serão descritos os dados relativos aos participantes I, II e III.

LEGENDA

AL	Atividade Lúdica: Inicia no momento em que o paciente sai da cadeira odontológica após o término do último procedimento clínico e termina quando ele sai do consultório.
AnI	Anestésico Injetável: Injeção de 1 tubete de anestésico pela técnica infiltrativa.
AnT	Anestésico Tópico: Aplicação de anestésico tópico (faces lingual e vestibular).
Entrada	Inicia no momento em que a criança entra no consultório (início da filmagem) e vai para a cadeira odontológica e termina no momento em que a dentista inicia o primeiro procedimento clínico programado para a sessão. Na 1ª sessão, inclui atividade lúdica inicial.
EP	Evidenciação de Placa: Aplicação de corante de placa bacteriana sobre os dentes (remove excesso com água da seringa triplíce e sugador)
HB+ATF	Profilaxia profissional e Aplicação Tópica de Flúor: Remoção da placa bacteriana com escova de Robson em Contra-ângulo (Baixa- rotação), uso de fio dental e aplicação de gel de Flúor fosfato acidulado.
IA	Isolamento Absoluto: Instalação de dique de borracha, grampo e arco de Ostby.
Pc	Preparo Cavitário: Remoção de tecido cariado (emprega colher de dentina, contra-ângulo no micromotor e/ou caneta de alta-rotação).
Pulpo	Pulpotomia: Terapia pulpar (amputação da porção coronária da polpa, necessária após sua exposição acidental, durante Pc).
R	Restauração: Restauração definitiva do dente, depois do preparo cavitário.
Rp	Restauração provisória: Restauração com cimento de óxido de zinco e eugenol
Saída	Inicia no momento em que a criança desce da cadeira odontológica e termina quando ela sai do consultório (término da filmagem), nas sessões em que não ocorre atividade lúdica.
TE	Treino de Escovação: Treino da técnica de escovação, realizado com o paciente sentado em frente à pia. A dentista demonstra a técnica e em seguida a criança e sua mãe realizam o treino. Inicia no momento em que a criança sai da cadeira odontológica para dirigir-se à pia de escovação e termina no momento em que ela retorna à cadeira odontológica.

PARTICIPANTE I

Quadro I: Número de sessões, medicação oferecida, duração da sessão, procedimentos realizados, comportamento(s) emitido(s) com maior frequência por P-I e estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) pela dentista.

Média de tempo por sessão: 34,1 min.

SESSÃO	MEDICAÇÃO	DURAÇÃO	PROCEDIMENTOS	CRIANÇA	DENTISTA
1ª	Sem medicação	30 min.	EP; TE; HB + ATF	Choro / Colaboração	Explicação
2ª	Placebo	29 min.	AnT; AnI; IA; Pc parcial; Rp	Movimento / Choro	Explicação
3ª	Placebo	26 min.	AnT; AnI; IA; Pc parcial; Rp	Choro	Explicação
4ª	Diazepam	45 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração	Explicação / Distração
5ª	Diazepam	34 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração	Distração / Explicação
6ª	Placebo	42 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Movimento / Choro	Explicação / Distração
7ª	Placebo	32 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Choro / Movimento	Explicação / Distração
8ª	Diazepam	36 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração	Distração / Explicação
9ª	Diazepam	33 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração	Explicação / Distração

SESSÃO 1

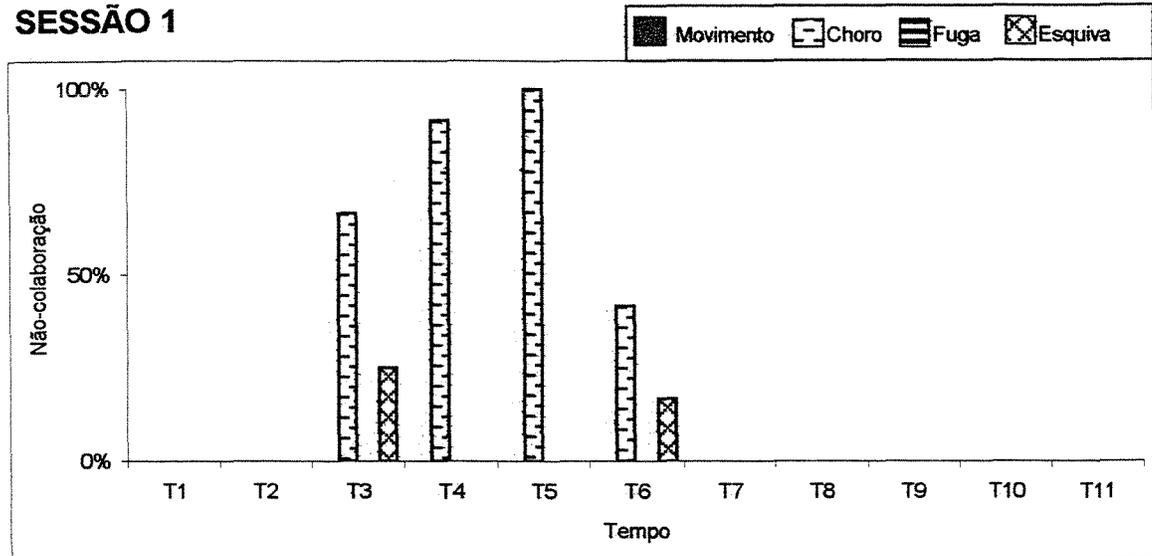


Figura 1: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 1ª sessão de atendimento do P - I.

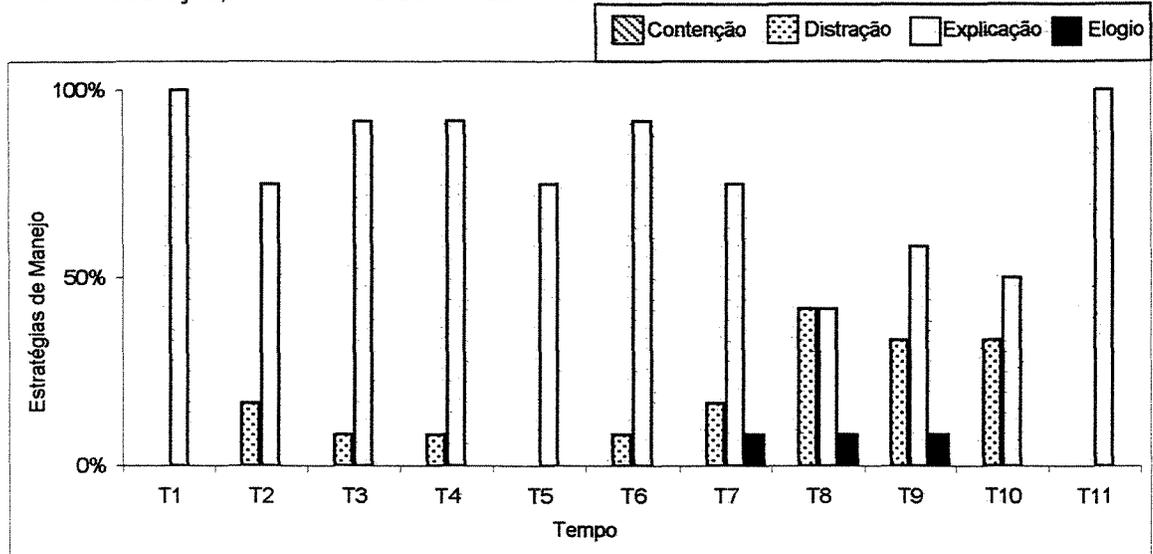


Figura 2: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 1ª sessão de atendimento do P - I.

Tabela I.1: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 1ª sessão de atendimento de P-I, sem medicação.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T2	Entrada
T3	Evidenciação de placa
T4 - T6	Treino de escovação
T7 - T11*	Profilaxia e aplicação tópica de flúor

* T11: composto por 2 intervalos de tempo (30 segundos)

A mãe foi a acompanhante durante todo o tratamento e a criança foi colaboradora para receber a medicação.

Durante a explicação¹ dos procedimentos planejados para a sessão, a criança permaneceu calada, prestando atenção às informações recebidas (Figuras 1 e 2: T1 - T2). Em seguida, foi levada para a cadeira odontológica e a dentista iniciou o exame de seus dentes, sempre explicando os passos dos procedimentos e mostrando os instrumentais.

Ao iniciar o procedimento de evidenciação de placa, a criança fechou a boca, virou o rosto e começou a chorar, permitindo somente a aplicação do corante em alguns dentes (Figura 1: T3). A dentista mostrou os dentes corados para a mãe e levou-os para a pia para realização do treino de escovação. Ensinada a técnica, a mãe iniciou a escovação dos dentes do seu filho. A criança permaneceu chorando durante a maior parte do tempo, vomitou e não permitiu que a dentista escovasse seus dentes (Figuras 1 e 2: T4 - T6). Em T6 (Figura 1) o choro diminuiu porque a dentista interrompeu a escovação. Em seguida, a criança voltou para a cadeira para que a dentista explicasse a técnica do uso do fio dental. No entanto, permaneceu chorando e permitiu o uso do fio dental em poucos dentes.

A dentista mostrou a Escova de Robson no baixa – rotação e explicou como iria utilizá-la, passando-a na unha da criança. Neste momento (Figuras 1 e 2: T7), a criança parou de chorar e manteve-se colaboradora até o término da sessão. A estratégia de distração, realizada por meio de músicas cantadas pela dentista, e o elogio, puderam ser utilizados com maior frequência que no início da sessão. A sessão foi concluída, a criança recebeu o brinde e foi embora parecendo estar alegre.

1. Esta explicação está descrita na seção METODOLOGIA.

SESSÃO 2

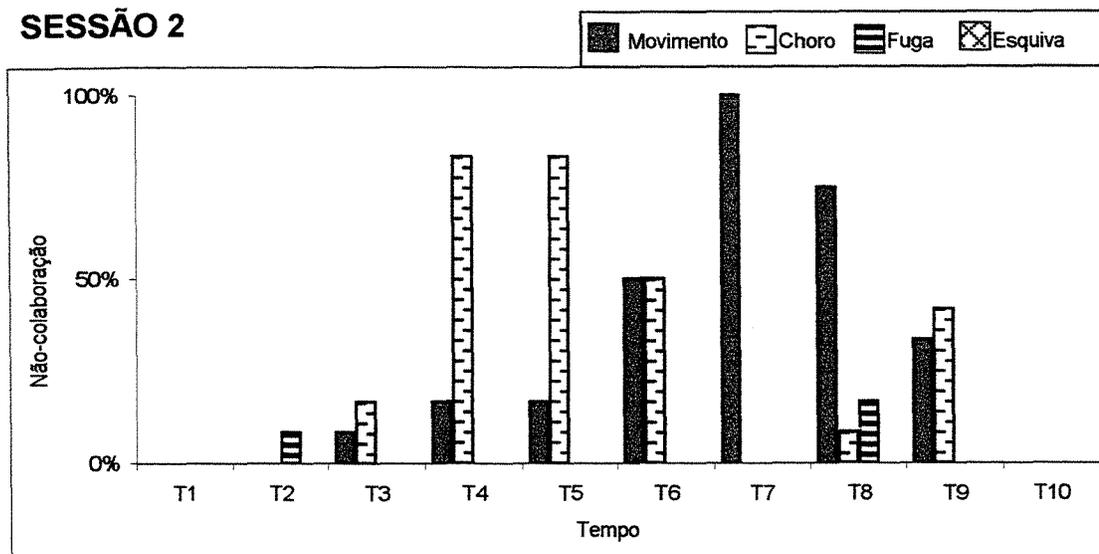


Figura 3: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 2ª sessão de atendimento do P - I.

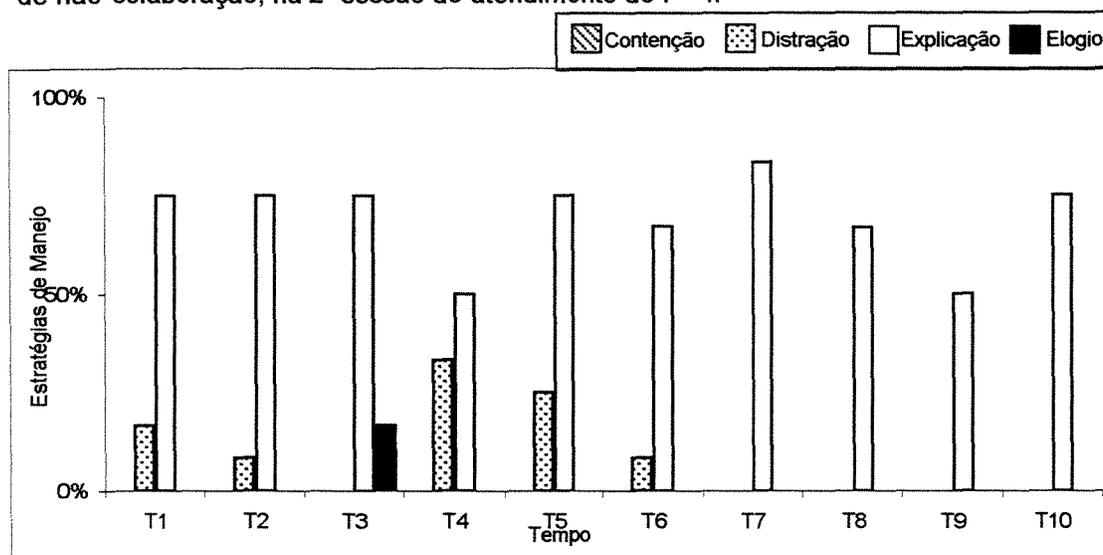


Figura 4: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 2ª sessão de atendimento do P - I.

Tabela L2: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 2ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T2	Entrada, anestésico tópico e injetável
T3 - T4	Isolamento absoluto
T5 - T7	Preparo cavitário
T8 - T10*	Restauração provisória

* T10: composto por 8 intervalos de tempo (2 minutos)

Ao entrar no consultório, a criança foi conduzida à cadeira odontológica e a dentista explicou o procedimento que seria realizado. Houve colaboração durante o exame clínico e a aplicação da anestesia tópica. Durante a realização da anestesia injetável, um minuto após a punção, ela moveu-se na cadeira, interrompendo o procedimento (Figuras 3 e 4: T2). A dentista reiniciou o procedimento logo em seguida, pedindo sua colaboração e conseguiu concluir a anestesia. Durante a instalação do isolamento absoluto (Figuras 3 e 4: T3 - T4), a criança movimentou-se na cadeira e começou a chorar, permanecendo chorando até a remoção do isolamento absoluto, no final da sessão. Ela foi elogiada em dois momentos em que não estava chorando (Figura 4: T3) e a dentista utilizou a estratégia de explicação na maior parte do tempo.

O choro e o movimento de corpo e cabeça tornaram-se mais intensos durante a realização do preparo cavitário e, embora não interrompessem totalmente a atuação da dentista, não permitiam a visualização da cárie e a realização adequada do procedimento (Figura 3: T5 - T7). Portanto, realizou-se a restauração provisória para posterior remoção do remanescente de cárie. Para verificar se o motivo da não - colaboração era sensibilidade no dente durante a utilização do alta e baixa - rotação, a dentista acionou algumas vezes este equipamento sem tocar o dente e mesmo assim o choro ocorria. O ruído provocado pelo equipamento poderia estar associado ao choro e para verificar este fato, a dentista interrompeu o procedimento por alguns instantes, mas o choro persistiu. Possivelmente, este ruído tornou-se um estímulo aversivo condicionado.

A criança parecia não ouvir as explicações da dentista e a sessão foi encerrada sem atividade lúdica ou entrega de brinde.

SESSÃO 3

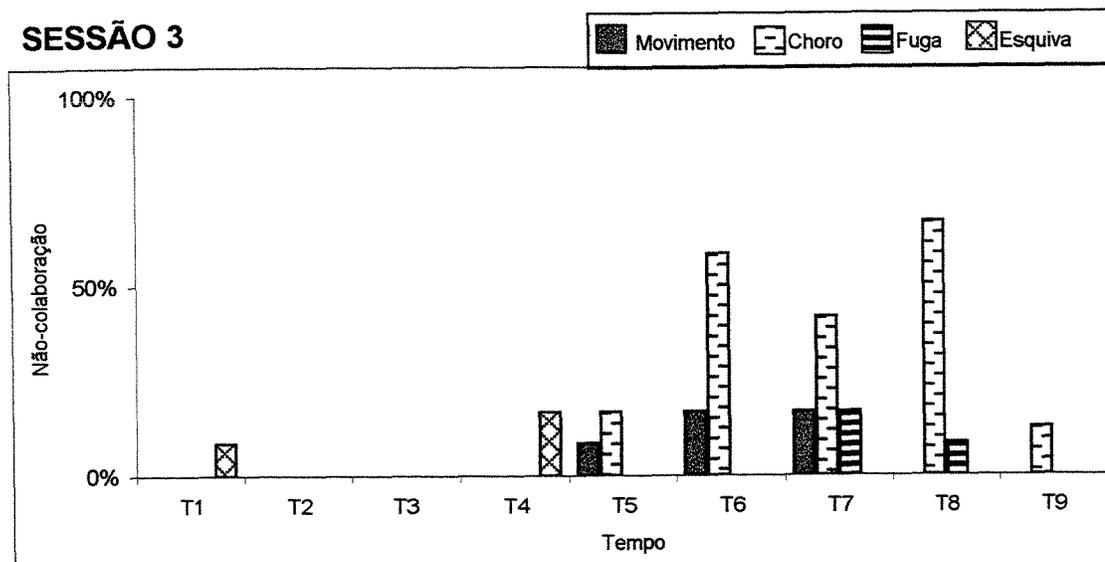


Figura 5: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 3ª sessão de atendimento do P - I.

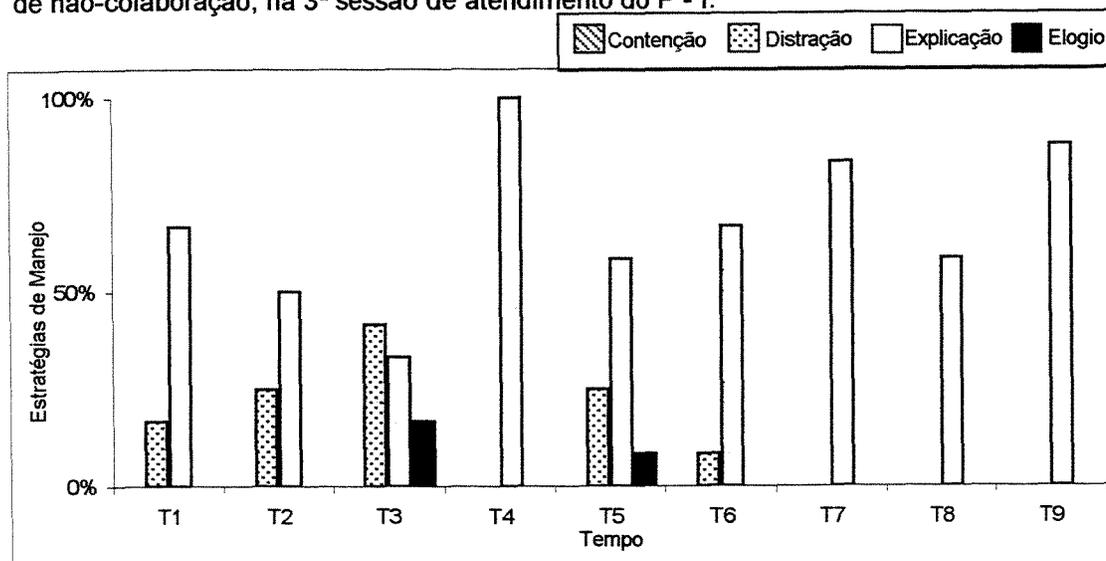


Figura 6: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 3ª sessão de atendimento do P - I.

Tabela L3: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 3ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T2	Entrada e anestésico tópico
T3	Anestésico injetável
T4	Isolamento absoluto
T5 - T9*	Preparo cavitário e restauração provisória

* T9: composto por 8 intervalos de tempo (2 minutos)

P-I entrou tranquilo no consultório e deitou-se na cadeira. Antes de iniciar a aplicação do anestésico tópico, ele moveu-se na cadeira, na tentativa de impedir a realização do procedimento (Figura 5: T1), mas a dentista insistiu, sempre explicando os passos realizados e distraíndo-o com músicas infantis.

A criança permitiu a realização da anestesia injetável e foi elogiada pelo seu comportamento colaborador (Figuras 5 e 6: T3).

Ao iniciar a instalação do isolamento absoluto, o paciente moveu-se na cadeira, tentando impedir a realização do procedimento, mas a dentista explicou o motivo da sua utilização e ele permaneceu colaborador (Figuras 5 e 6: T4).

O procedimento de preparo cavitário foi iniciado com a colaboração da criança, mas passados 2 minutos, ela começou a chorar e mover-se na cadeira (Figura 5: T5). O procedimento foi interrompido pois a criança removeu o isolamento absoluto (Figura 5: T7). A sessão foi encerrada com a realização da restauração provisória do dente, sem a completa remoção do tecido cariado.

O choro parou após a restauração provisória e a dentista explicou que não haveria atividade lúdica, devido ao seu comportamento.

SESSÃO 4

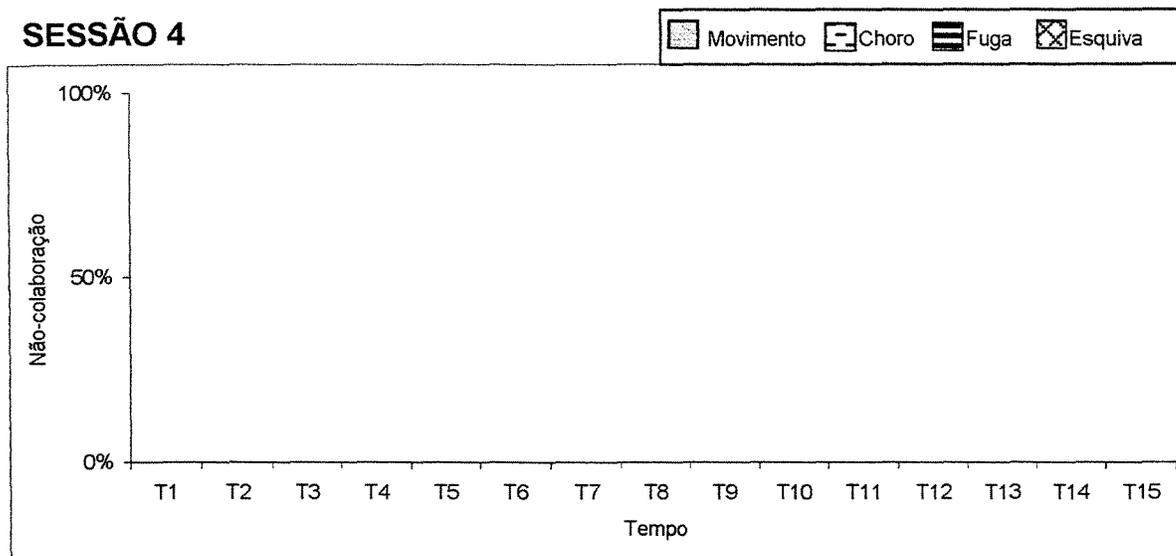


Figura 7: Freqüência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 4ª sessão de atendimento do P - I.

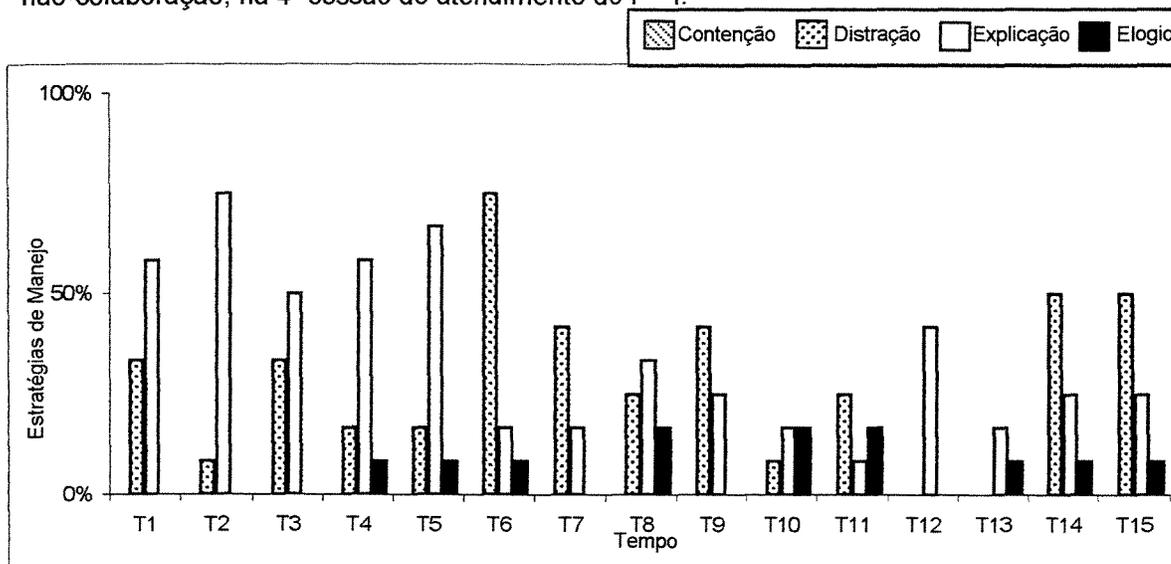


Figura 8: Freqüência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 4ª sessão de atendimento do P - I.

Tabela I.4: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 4ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Anestésico tópico
T3	Anestésico injetável
T4 - T5	Isolamento absoluto
T6 - T9	Preparo cavitário
T10 - T13	Restauração
T14 - T15	Atividade lúdica

Nesta sessão, a dentista realizou a restauração de um dente, utilizando anestesia tópica e injetável, isolamento absoluto, alta e baixa - rotação.

Durante todo o tempo da sessão, a criança permaneceu extremamente colaboradora e a dentista pôde utilizar com mais frequência as estratégias de distração e elogio. A estratégia de explicação foi mais frequente no início da sessão. A criança participou da atividade lúdica e recebeu o brinde (balão de ar). A medicação ansiolítica mostrou-se eficaz no controle dos comportamentos da criança.

SESSÃO 5

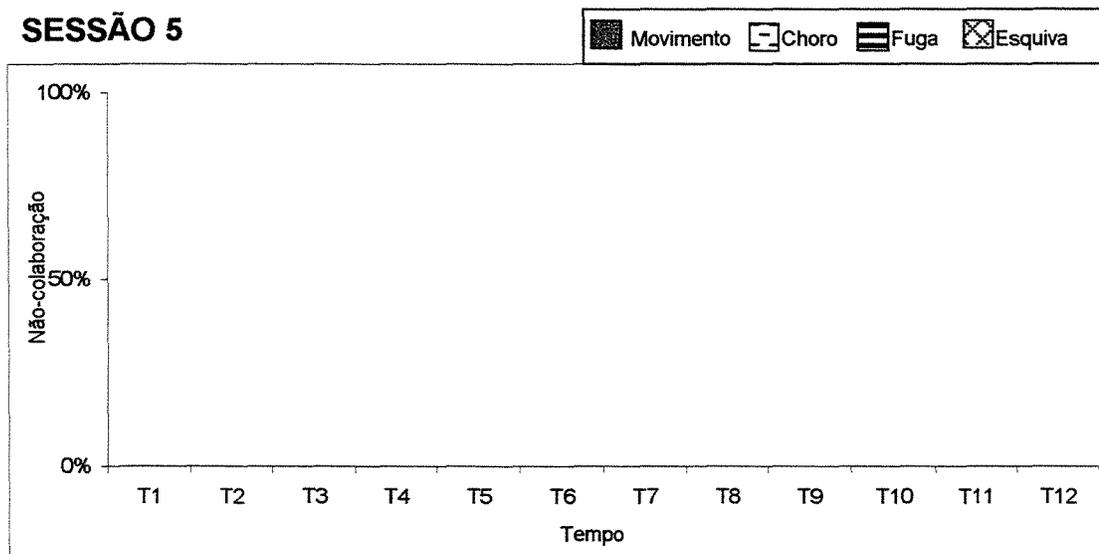


Figura 9: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 5ª sessão de atendimento do P - I.

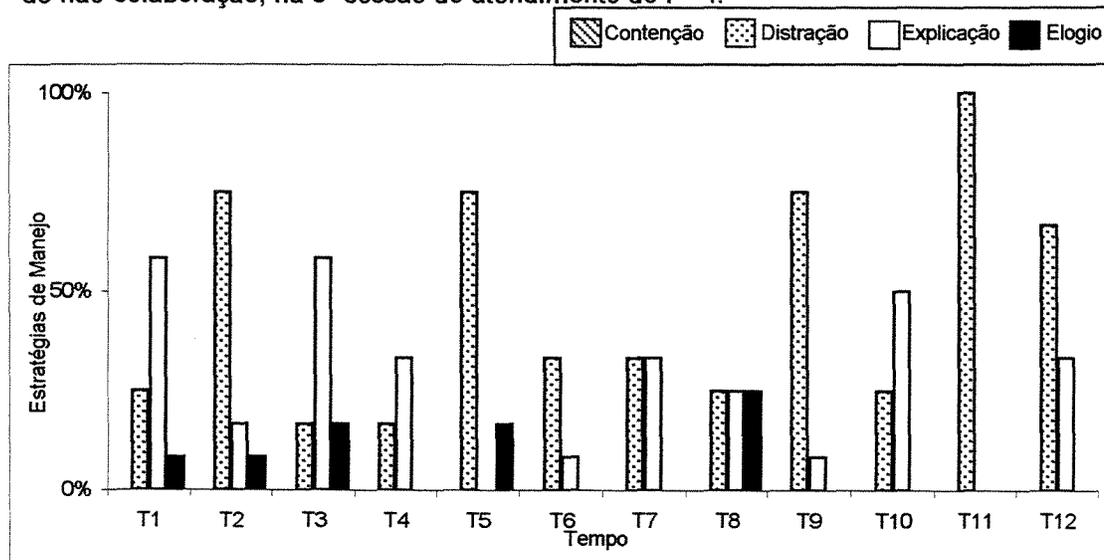


Figura 10: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 5ª sessão de atendimento do P - I.

Tabela I.5: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 5ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T3	Anestésico tópico e injetável
T4	Isolamento absoluto
T5 - T7	Preparo cavitário
T8 - T10	Restauração
T11 - T12*	Atividade lúdica

*T12: composto por 6 intervalos de tempo (1 minuto e 30 segundos)

Nesta sessão, a criança permaneceu colaboradora durante todo o tempo, mostrando a eficácia do medicamento utilizado. Realizou-se a restauração de um dente sob isolamento absoluto e anestesia, utilizando alta e baixa - rotação. As estratégias de distração e elogio foram utilizadas com maior frequência que a explicação. A sessão foi concluída e a criança participou da atividade lúdica final e recebeu o brinde.

SESSÃO 6

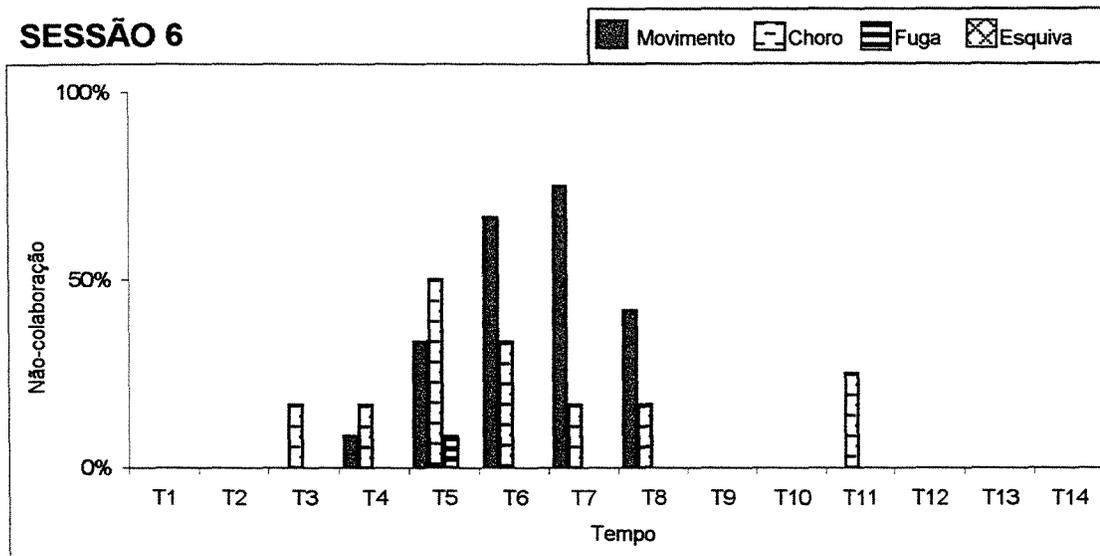


Figura 11: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 6ª sessão de atendimento do P - I.

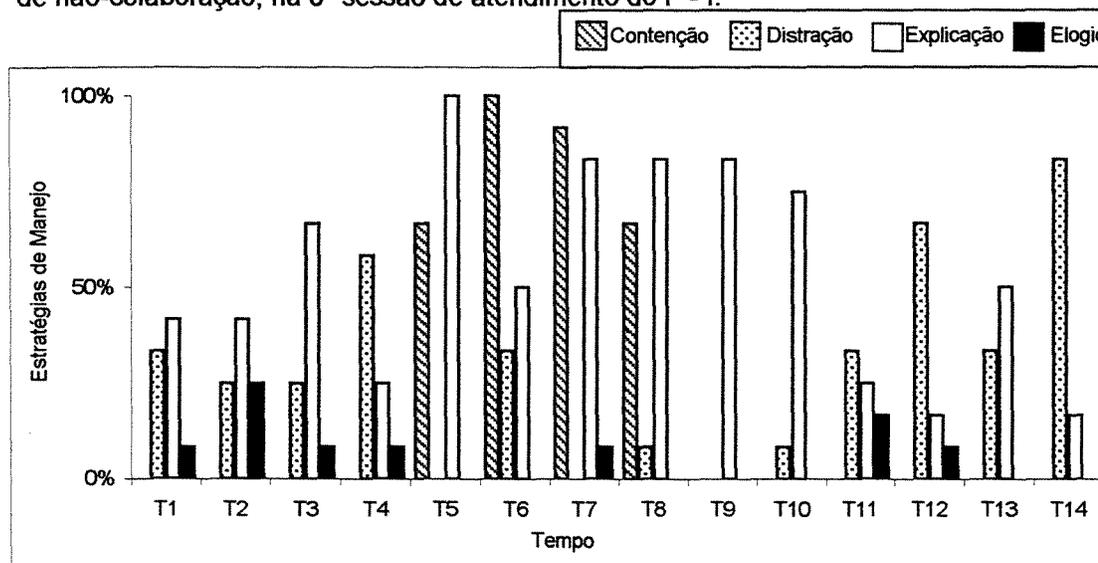


Figura 12: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 6ª sessão de atendimento do P - I.

Tabela L6: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 6ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T3	Anestésico tópico e injetável e isolamento absoluto
T4 - T6	Preparo cavitário
T7 - T8	Restauração
T9	Interrupção
T10	Isolamento absoluto
T11 - T12	Restauração
T13 - T14	Atividade lúdica

Durante a aplicação das anestésias tópica e injetável e da instalação do isolamento absoluto, a dentista usou explicação, distração e elogio (Fig. 11: T2-T3). A criança permaneceu colaboradora, emitindo choro apenas após a anestesia injetável, enquanto a dentista lavava sua boca com a água da seringa tríplice (Fig. 12: T3). Ao iniciar o preparo cavitário, com a utilização de baixa-rotação, a criança passou a movimentar corpo e cabeça, necessitando de contenção para a realização do procedimento (Fig. 11 e 12: T4-T6). Durante a restauração, sob contenção (Fig. 11 e 12: T7-T8), a criança vomitou (Fig. 11 e 12: T9), interrompendo a sessão antes do término da restauração (a dentista removeu o isolamento absoluto). O vômito pode ter sido provocado pelo choro contínuo ou ter sido consequência de um mal-estar pelo qual a criança estava passando, o que poderia também justificar a emissão de comportamentos de não - colaboração antes de vomitar. Outra hipótese é a de que a criança pode ter provocado o vômito para forçar a interrupção da sessão. Entretanto, o fato da criança ter começado a colaborar após este episódio, sugere que esta hipótese não seja verdadeira. Nesta sessão, em que o placebo foi oferecido, a frequência da emissão de comportamentos de não - colaboração foi maior do que na sessão anterior, quando a criança recebeu o diazepam, demonstrando a eficácia do medicamento para este paciente. Após a limpeza da cadeira e da criança (cerca de 5 minutos), a sessão foi reiniciada com a instalação do isolamento absoluto e a restauração foi concluída. A criança chorou apenas no início da restauração (Fig. 11: T11), mas permaneceu colaboradora permitindo a conclusão do tratamento, pelo que foi elogiada pela dentista (Fig. 12: T11-T12). Durante este período de tempo, a estratégia de distração pôde ser utilizada com maior frequência. A sessão foi encerrada com a atividade lúdica final e entrega do brinde.

SESSÃO 7

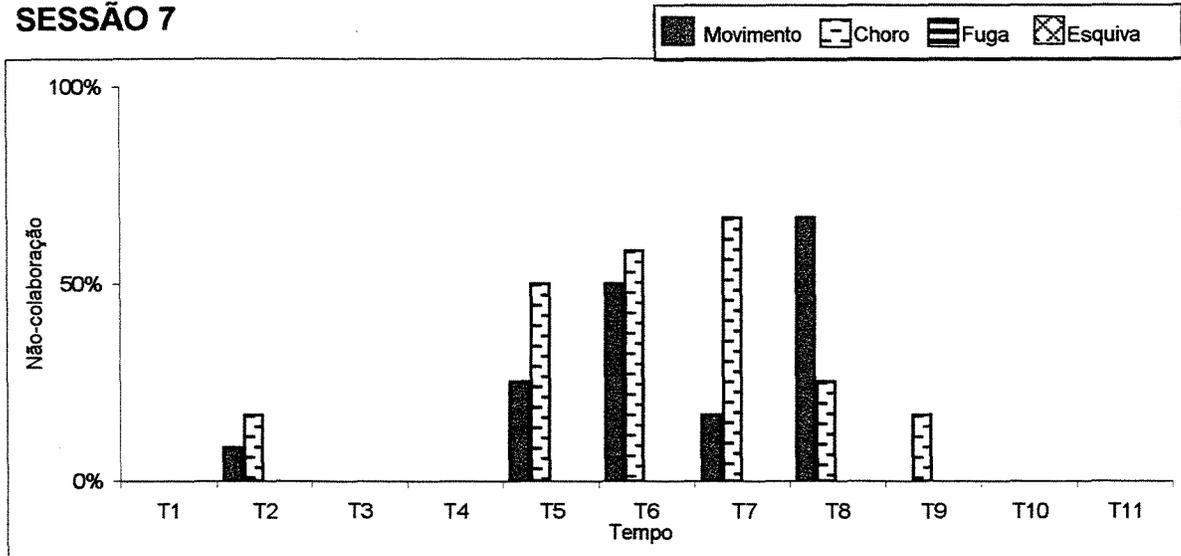


Figura 13: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 7ª sessão de atendimento do P - I.

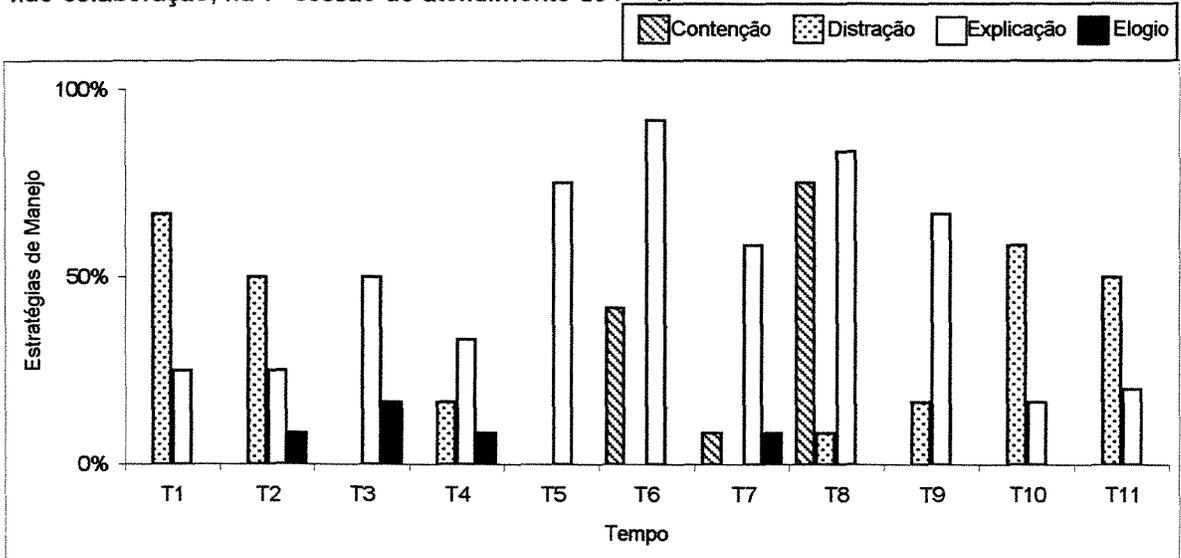


Figura 14: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 7ª sessão de atendimento do P - I.

Tabela I.7: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 7ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada e anestésico tópico
T2	Anestésico injetável
T3	Isolamento absoluto
T4 - T6	Preparo cavitário
T7 - T8	Restauração
T9 - T11*	Atividade lúdica

*T11: composto por 10 intervalos de tempo (2 minutos e 30 segundos)

Nesta sessão foram realizadas anestesia tópica e injetável e isolamento absoluto, enquanto a dentista utilizava principalmente a estratégia de distração. A criança foi elogiada por ter permanecido colaboradora, exceto no final da injeção, quando moveu a cabeça e chorou (Figuras 13 e 14: T2).

Houve necessidade de contenção física no final do preparo cavitário, que durou 8 minutos, e durante a restauração do dente (Figuras 13 e 14: T6 - T8), pois a criança chorou e movimentou cabeça e corpo, dificultando a atuação da dentista. Novamente a criança esteve sob o efeito do placebo, o que parece justificar a não - colaboração.

Removido o isolamento absoluto, o paciente parou de chorar e foi conduzido à mesa de atividade lúdica, onde permaneceu brincando com a dentista por aproximadamente 10 minutos e recebeu o brinde.

SESSÃO 8

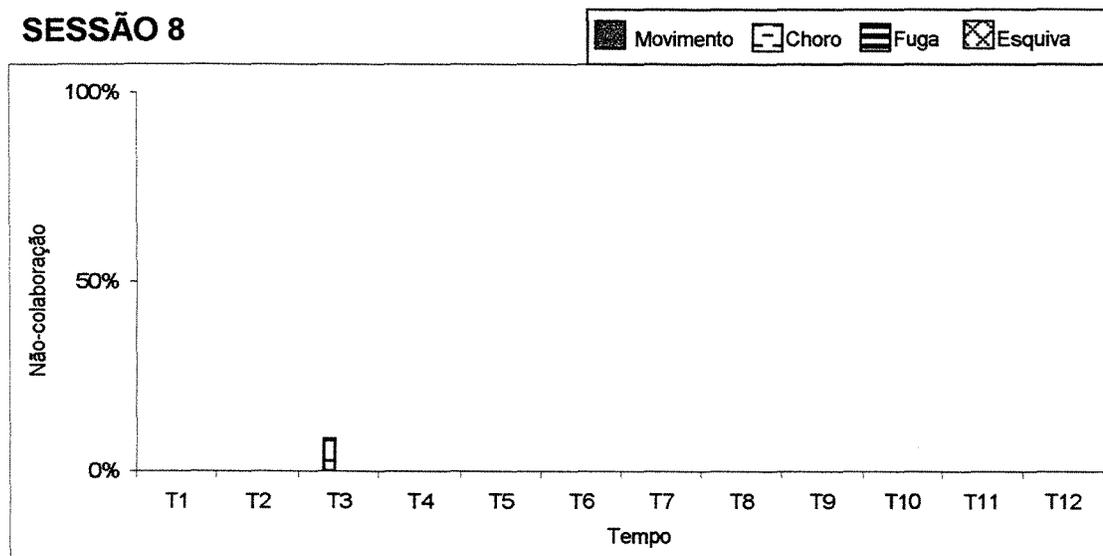


Figura 15: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 8ª sessão de atendimento do P - I.

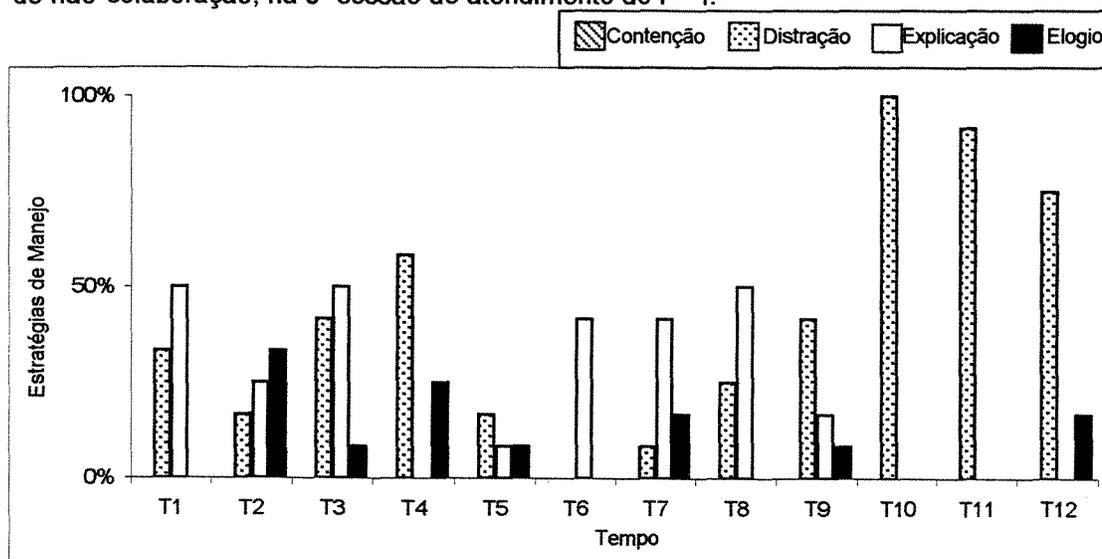


Figura 16: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 8ª sessão de atendimento do P - I.

Tabela I.8: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 8ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada e anestésico tópico
T2 - T3	Anestésico injetável e isolamento absoluto
T4 - T5	Preparo cavitário
T6 - T9	Restauração
T10 - T12	Atividade lúdica

O paciente permaneceu colaborador durante toda a sessão na qual realizou-se uma restauração utilizando anestesia tópica e injetável, isolamento absoluto, alta e baixa - rotação. Houve um episódio de reclamação apenas ao término da anestesia injetável (Figura 15: T3), mas a criança mostrou-se calma, prestando atenção nas estratégias de elogio e distração utilizadas pela dentista. A medicação ansiolítica empregada parece ter sido eficaz para manter o paciente colaborador. A sessão foi encerrada com atividade lúdica e entrega do brinde.

SESSÃO 9

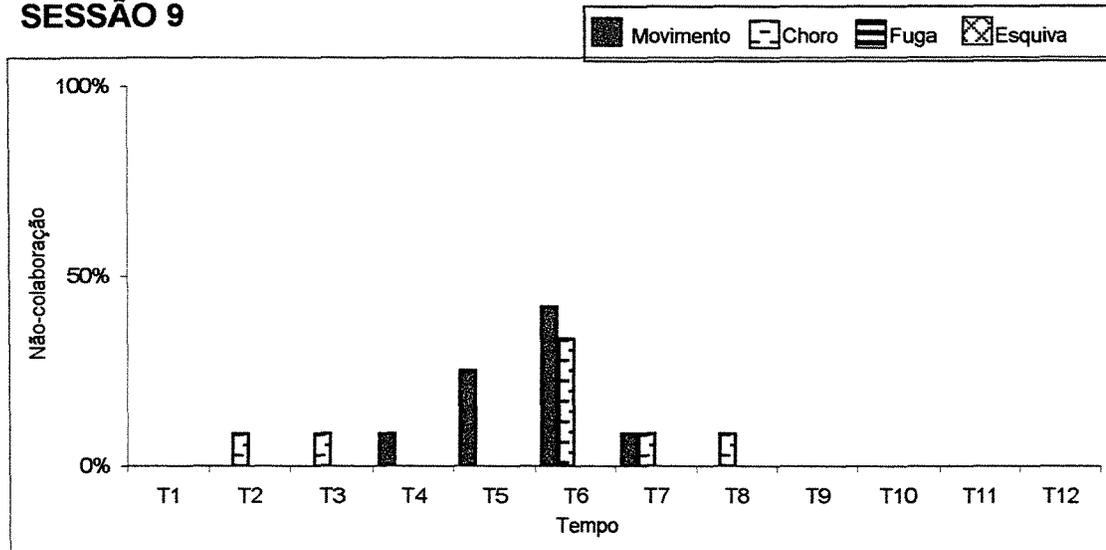


Figura 17: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 9ª sessão de atendimento do P - I.

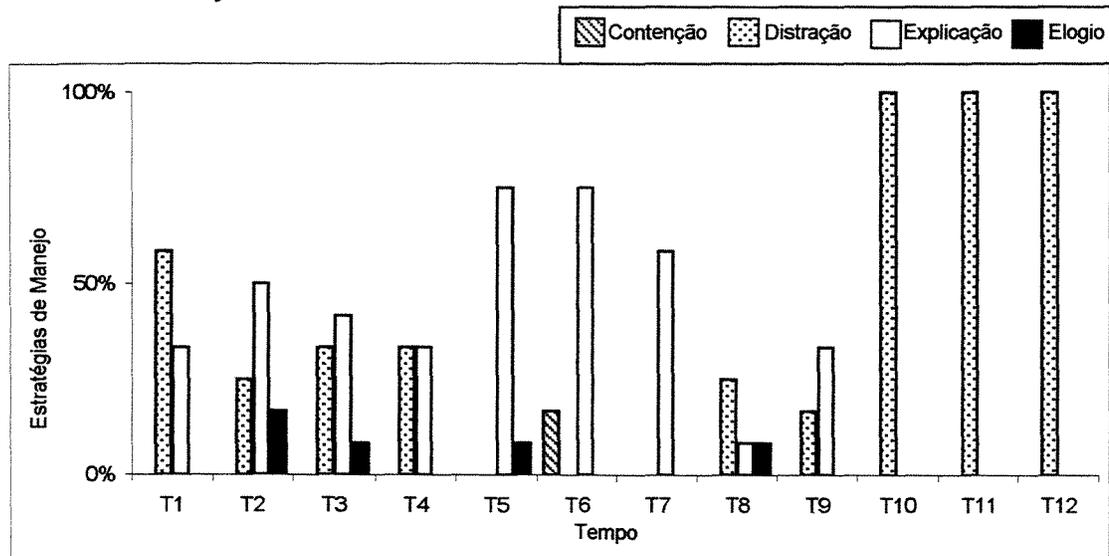


Figura 18: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 9ª sessão de atendimento do P - I.

Tabela I.9: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 9ª sessão de atendimento de P-I, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada e anestésico tópico
T2 - T3	Anestésico injetável e isolamento absoluto
T4 - T6	Preparo cavitário
T7 - T9	Restauração
T10 - T12*	Atividade lúdica

*T12: composto por 2 intervalos de tempo (30 segundos)

Nesta sessão, durante a realização da anestesia tópica e injetável e a instalação do isolamento absoluto, a criança mostrou-se colaboradora, exceto por ter reclamado durante a injeção (Figura 17: T2 - T3). Contudo, houve necessidade de contenção física por 60 segundos no final do preparo cavitário (Figuras 17 e 18: T6), pois a criança chorou e movimentou-se na cadeira, dificultando o trabalho da dentista. O choro e o movimento de corpo e cabeça não foram constantes, ocorrendo somente quando acionava-se o alta ou baixa - rotação. Ao terminar o preparo cavitário, o paciente permaneceu colaborador até o final da sessão. A criança esteve sob o efeito da medicação ansiolítica, o que parece ter sido eficaz na manutenção dos comportamentos de colaboração. A estratégia de explicação foi bastante utilizada nos momentos em que a criança não estava colaborando. A sessão foi concluída com a realização da atividade lúdica e entrega do brinde

Considerações gerais relacionadas ao P-I

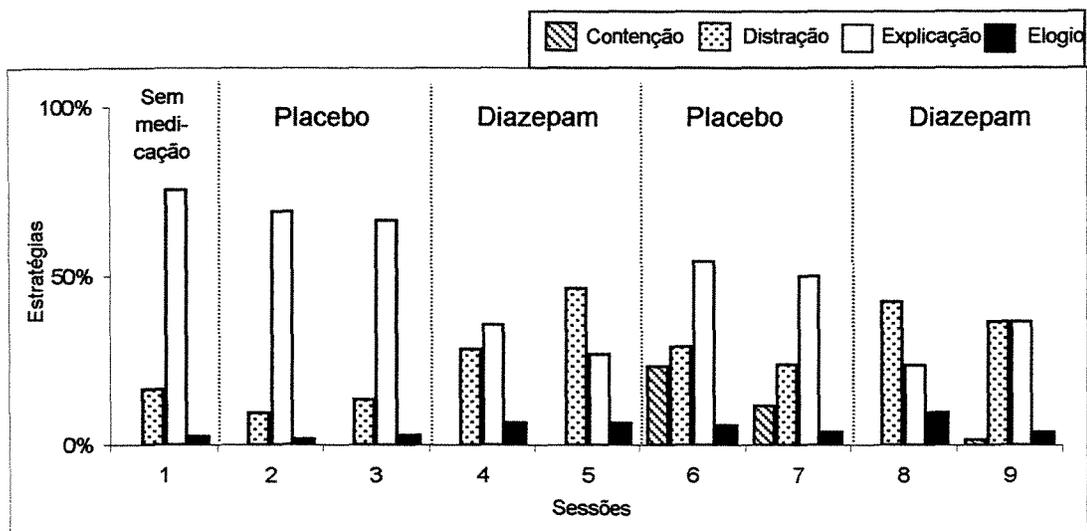


Figura 19: Frequência relativa das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento do P - I.

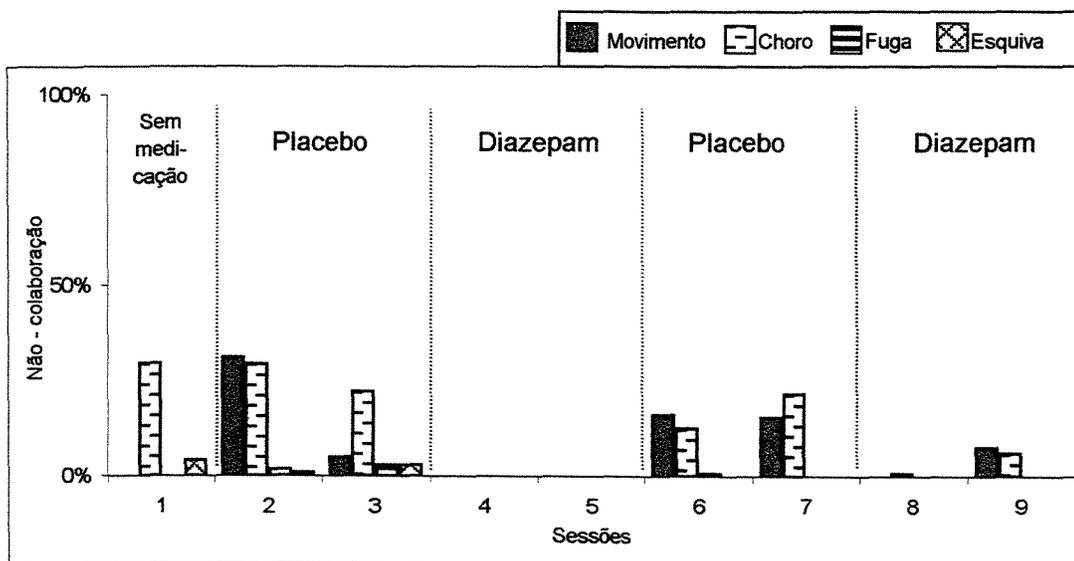


Figura 20: Frequência relativa dos comportamentos emitidos pelo P- I durante as 9 sessões de atendimento.

A Figura 19 apresenta as frequências relativas das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista ao longo das 9 sessões realizadas com P-I. A análise desta Figura mostra que a estratégia de manejo do comportamento mais utilizada foi a explicação. A distração só foi utilizada com maior frequência que a explicação na 5ª e 8ª sessões, durante as quais a criança permaneceu colaboradora o tempo todo.

Durante o intervalo de tempo em que manifestava não - colaboração, as estratégias de distração e explicação não eram eficazes para controlar os comportamentos da criança, que permanecia chorando e não seguia as instruções da dentista. Porém, a mãe relatou que, ao chegar em casa, o filho pedia a ela que cantasse as músicas que a dentista havia cantado na sessão, o que sugere que, embora a distração não tivesse causado um efeito imediato, melhorando os comportamentos da criança durante a sessão, tinha um aspecto positivo e poderia estar tornando a sessão mais agradável.

Em 80,7% em média do tempo total das sessões, foram utilizadas as estratégias de explicação, distração e elogio. Em todas as sessões, P-I recebeu elogios pois, mesmo naquelas sessões em que não permitiu a conclusão do procedimento ou necessitou de contenção física, mostrou-se colaborador em alguns momentos. A contenção física foi empregada em 3 sessões, ou seja, em média 12,1% do tempo da 6ª, 7ª e 9ª sessão .

Observando a Figura 20, que mostra a frequência relativa de cada comportamento emitido pela criança ao longo das 9 sessões de atendimento, nota-se que o índice de não - colaboração foi relativamente baixo, sendo o choro e o movimento de corpo e cabeça os comportamentos mais frequentes. P-I permitia o início da realização do tratamento mas, passados alguns minutos, principalmente durante o preparo cavitário, ele chorava e

movimentava corpo e cabeça, interrompendo a sessão ou necessitando de contenção física para a conclusão do procedimento.

A 2ª sessão foi aquela em que ocorreu maior frequência de não - colaboração. Não houve aumento progressivo na frequência de emissão dos comportamentos de não - colaboração ao longo das sessões, sendo que em 3 sessões (2 ocorridas antes e 1 após a utilização da contenção física) ele permaneceu colaborador durante todo o tempo da sessão.

Em relação à medicação utilizada observa-se que, nas sessões em que utilizou-se o diazepam, a criança foi colaboradora, ou seja, não emitiu comportamentos que impedissem a atuação da dentista (fuga e esquiva), embora tenha havido necessidade de contenção dos movimentos de corpo e cabeça na 9ª sessão. Nas sessões em que houve a administração do placebo, embora com baixa frequência, houve manifestação de não - colaboração. A observação deste fato deixa claro que, na dose utilizada, o diazepam foi eficaz para manter a criança colaboradora, embora ela não tenha adormecido e não mostrasse sonolência em nenhuma sessão.

Alguns fatores podem determinar um aumento da fração livre do diazepam no organismo, por exemplo nos estados de carência de proteína, levando à intensificação significativa do seu efeito farmacológico (ZANINI et al., 1994). Nestes estados, que ocorrem quando a dieta é pobre em alimentos de origem animal (carne, ovos, leite), o paciente pode apresentar um quadro de edema, dermatose, fraqueza, perda do vigor, entre outras manifestações (MAHAN & ARLIN, 1995). Por este motivo, o prontuário de P-I foi reavaliado, mas não detectou-se nenhuma manifestação física que sugerisse um quadro de carência protéica, o que foi corroborado pela presença abundante de alimentos ricos em

proteína, tais como leite e derivados, em sua “lista de dieta”, descartando-se a possibilidade de interferência nutricional sobre os efeitos do diazepam.

Parece que a atividade lúdica e a entrega do brinde exerceram um forte controle nos comportamentos do paciente. Ao final da sessão, ele parecia muito ansioso em participar desta atividade e principalmente em receber o brinde. A mãe relatou que, ao sair da sessão, ele perguntava quando voltariam, pois desejava brincar novamente.

O preparo cavitário foi o procedimento mais aversivo para P-I, pois nas sessões em que recebeu placebo ele permitia a realização dos procedimentos de anestesia e isolamento absoluto, mas não colaborava durante a utilização do baixa e alta - rotação.

LEGENDA

AL	Atividade Lúdica: Inicia no momento em que o paciente sai da cadeira odontológica após o término do último procedimento clínico e termina quando ele sai do consultório.
AnI	Anestésico Injetável: Injeção de 1 tubete de anestésico pela técnica infiltrativa.
AnT	Anestésico Tópico: Aplicação de anestésico tópico (faces lingual e vestibular).
Entrada	Inicia no momento em que a criança entra no consultório (início da filmagem) e vai para a cadeira odontológica e termina no momento em que a dentista inicia o primeiro procedimento clínico programado para a sessão. Na 1ª sessão, inclui atividade lúdica inicial.
EP	Evidenciação de Placa: Aplicação de corante de placa bacteriana sobre os dentes (remove excesso com água da seringa triplice e sugador)
HB+ATF	Profilaxia profissional e Aplicação Tópica de Flúor: Remoção da placa bacteriana com escova de Robson em Contra-ângulo (Baixa- rotação), uso de fio dental e aplicação de gel de Flúor fosfato acidulado.
IA	Isolamento Absoluto: Instalação de dique de borracha, grampo e arco de Ostby.
Pc	Preparo Cavitário: Remoção de tecido cariado (emprega colher de dentina, contra-ângulo no micromotor e/ou caneta de alta-rotação).
Pulpo	Pulpotomia: Terapia pulpar (amputação da porção coronária da polpa, necessária após sua exposição acidental, durante Pc).
R	Restauração: Restauração definitiva do dente, depois do preparo cavitário.
Rp	Restauração provisória: Restauração com cimento de óxido de zinco e eugenol
Saída	Inicia no momento em que a criança desce da cadeira odontológica e termina quando ela sai do consultório (término da filmagem), nas sessões em que não ocorre atividade lúdica.
TE	Treino de Escovação: Treino da técnica de escovação, realizado com o paciente sentado em frente à pia. A dentista demonstra a técnica e em seguida a criança e sua mãe realizam o treino. Inicia no momento em que a criança sai da cadeira odontológica para dirigir-se à pia de escovação e termina no momento em que ela retorna à cadeira odontológica.

PARTICIPANTE II

Quadro II: Número de sessões, medicação oferecida, duração da sessão, procedimentos realizados, comportamento(s) emitido(s) com maior frequência por P-II e estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) pela dentista.

Média de tempo por sessão: 29,7 min.

SESSÃO	MEDICAÇÃO	DURAÇÃO	PROCEDIMENTOS	CRIANÇA	DENTISTA
1ª	Sem medicação	28 min.	EP; TE; HB + ATF	Colaboração	Explicação
2ª	Placebo	23 min.	AnT parcial	Esquiva	Explicação
3ª	Placebo	26 min.	AnT; AnI parcial	Esquiva	Explicação
4ª	Diazepam	26 min.	Não permite AnT	Esquiva	Explicação
5ª	Diazepam	27 min.	Não permite AnT	Esquiva	Explicação
6ª	Placebo	35 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração / Esquiva	Explicação / Distração
7ª	Placebo	32 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração	Distração
8ª	Diazepam	34 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração	Distração / Explicação
9ª	Diazepam	36 min	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração	Distração / Explicação

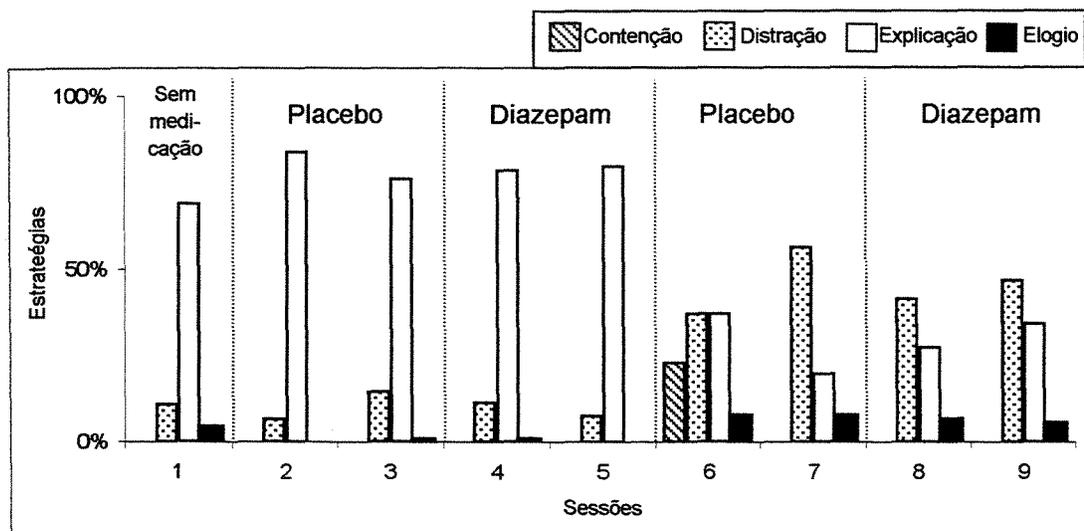


Figura 21: Frequência relativa das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento do P - II.

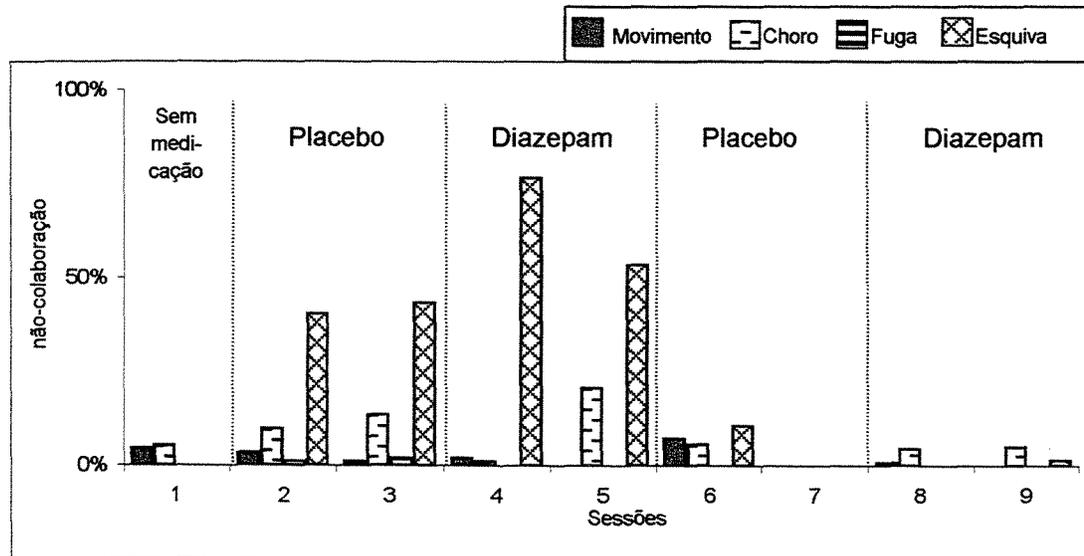


Figura 22: Frequência relativa dos comportamentos emitidos pelo P- II durante as 9 sessões de atendimento.

A descrição individual das sessões de atendimento de P-II encontra-se no anexo 6, com as figuras correspondentes numeradas de II-1 a II-18.

A participante II demonstrava sentir medo do ambiente odontológico: ela olhava todos os equipamentos e instrumentos parecendo assustada, perguntando se o tratamento provocaria dor. Parece que ela temia a situação odontológica como um todo, pois não tinha experiência de tratamento anterior que pudesse fazê-la temer algum procedimento específico.

A Figura 21 apresenta as frequências relativas das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento. A análise desta Figura mostra que a estratégia de manejo do comportamento utilizada com maior frequência foi a explicação. Pode-se observar um decréscimo da frequência do tempo de uso desta estratégia e um aumento da distração ao longo das sessões. Este fato ocorreu porque, com o aumento da colaboração, a dentista não teve necessidade de usar demasiadamente a explicação para conseguir a colaboração, e a estratégia de distração pôde ser utilizada por mais tempo.

A criança recebeu elogios pelo seu comportamento colaborador em 3,8% em média do tempo das sessões. De maneira geral, as verbalizações, ou seja, as estratégias de distração, elogio e explicação somadas, foram utilizadas em 85,5% do tempo em média nas 9 sessões de atendimento.

A contenção física, foi utilizada apenas em 23,7% do tempo da 6ª sessão, exclusivamente. Nas sessões seguintes, não houve necessidade da utilização desta estratégia pois P-II mostrou-se colaboradora durante a maior parte do tempo, demonstrando poucos comportamentos de não – colaboração, que foram controlados através das verbalizações.

Na 1ª sessão de atendimento, a dentista explicou os procedimentos que seriam realizados no início da sessão e antes de cada procedimento. Parece que saber o que seria realizado e manipular os instrumentos que seriam utilizados auxiliou a criança a enfrentar a situação. Contudo, o mesmo não ocorreu da 2ª à 5ª sessão, quando a criança foi avisada sobre o procedimento apenas antes da sua realização. Embora permitindo que ela manipulasse alguns dos instrumentos, ainda assim não houve colaboração. O elogio também parece ter sido uma estratégia funcional na 1ª sessão, porque parece que P-II mostrava-se mais calma após sua utilização.

A Figura 22 apresenta a frequência relativa dos comportamentos de não – colaboração apresentados por P-II durante as 9 sessões de atendimento. Observando esta Figura, verifica-se um aumento do comportamento de esquiva (que impede o início da realização do procedimento) da 2ª à 5ª sessão, sendo que nestas sessões a criança não permitiu a realização de nenhum procedimento clínico, manifestando comportamentos de não - colaboração em mais da metade do tempo das sessões (66,7% do tempo em média). Estes comportamentos iniciavam-se no momento da aplicação do anestésico tópico, exceto na 3ª sessão, quando a criança permitiu a sua aplicação, mas não permitiu a aplicação do anestésico injetável.

Parece que o comportamento de esquiva foi reforçado pelo fato da dentista não realizar o procedimento enquanto a criança não colaborava. A partir da 6ª sessão, quando houve utilização da contenção física durante os procedimentos de anestesia e isolamento absoluto, os comportamentos de não - colaboração foram praticamente extintos. A utilização da contenção física obrigou P-II a enfrentar a situação e permitiu à dentista

mostrar que os procedimentos não causariam dor e que a sessão seria mais agradável à medida que ela colaborasse (TEN BERGE et al., 1999).

É importante ressaltar que, mesmo durante a contenção física, a cirurgiã - dentista empregou estratégias não - aversivas de manejo do comportamento, principalmente a distração, o que parece ter contribuído para aumentar a colaboração da criança.

As sessões de tratamento de P-II duraram em média 29 minutos, incluindo o tempo destinado à atividade lúdica. Esta atividade mostrou-se importante para manter sua colaboração, o que ficou evidente pela diferença de humor da criança ao sair do consultório após as sessões com e sem atividade lúdica. Segundo relato da mãe, antes de entrar no consultório a criança dizia que seria colaboradora porque desejava brincar.

P-II não adormeceu em nenhuma sessão, embora tenha demonstrado estar sonolenta durante a 4ª e 5ª sessões de atendimento, depois de receber o diazepam.

Parece que, na dose utilizada, a medicação ansiolítica não foi eficaz para melhorar os comportamentos da criança. De maneira geral, a colaboração foi maior, ou seja, houve uma menor frequência na ocorrência dos comportamentos de fuga e esquiva (que impedem a atuação do dentista) nas sessões com placebo, antes da utilização da contenção (2ª e 3ª sessões), e nas sessões com diazepam, depois da contenção (8ª e 9ª sessões). Houve maior frequência dos comportamentos de choro e movimento de corpo e cabeça nas sessões com placebo, antes e depois da utilização da contenção física.

Os comportamentos de não - colaboração de P-II tiveram uma tendência a aumentar ao longo das sessões antes da contenção física e a diminuir após a contenção, formando uma curva em forma de U invertido. Assim sendo, é correto afirmar que a 4ª e 5ª sessões foram aquelas em que houve uma frequência maior de não - colaboração, justamente as

sessões em que a criança recebeu o diazepam. Portanto, parece incorreto afirmar que o diazepam tenha tido uma influência negativa nos comportamentos da criança; apenas não foi eficaz na dose empregada. A observação das sessões ocorridas após a contenção física confirma a afirmação acima, pois na 8ª e 9ª sessões, justamente quando a criança recebeu diazepam, ela foi mais colaboradora que na 6ª e 7ª sessões, provavelmente por ter ocorrido uma maior adaptação da criança aos procedimentos realizados, ao longo das sessões.

LEGENDA

AL	Atividade Lúdica: Inicia no momento em que o paciente sai da cadeira odontológica após o término do último procedimento clínico e termina quando ele sai do consultório.
AnI	Anestésico Injetável: Injeção de 1 tubete de anestésico pela técnica infiltrativa.
AnT	Anestésico Tópico: Aplicação de anestésico tópico (faces lingual e vestibular).
Entrada	Inicia no momento em que a criança entra no consultório (início da filmagem) e vai para a cadeira odontológica e termina no momento em que a dentista inicia o primeiro procedimento clínico programado para a sessão. Na 1ª sessão, inclui atividade lúdica inicial.
EP	Evidenciação de Placa: Aplicação de corante de placa bacteriana sobre os dentes (remove excesso com água da seringa tríplex e sugador)
HB+ATF	Profilaxia profissional e Aplicação Tópica de Flúor: Remoção da placa bacteriana com escova de Robson em Contra-ângulo (Baixa-rotação), uso de fio dental e aplicação de gel de Flúor fosfato acidulado.
IA	Isolamento Absoluto: Instalação de dique de borracha, grampo e arco de Ostby.
Pc	Preparo Cavitário: Remoção de tecido cariado (emprega colher de dentina, contra-ângulo no micromotor e/ou caneta de alta-rotação).
Pulpo	Pulpotomia: Terapia pulpar (amputação da porção coronária da polpa, necessária após sua exposição acidental, durante Pc).
R	Restauração: Restauração definitiva do dente, depois do preparo cavitário.
Rp	Restauração provisória: Restauração com cimento de óxido de zinco e eugenol
Saída	Inicia no momento em que a criança desce da cadeira odontológica e termina quando ela sai do consultório (término da filmagem), nas sessões em que não ocorre atividade lúdica.
TE	Treino de Escovação: Treino da técnica de escovação, realizado com o paciente sentado em frente à pia. A dentista demonstra a técnica e em seguida a criança e sua mãe realizam o treino. Inicia no momento em que a criança sai da cadeira odontológica para dirigir-se à pia de escovação e termina no momento em que ela retorna à cadeira odontológica.

PARTICIPANTE III

Quadro III: Número de sessões, medicação oferecida, duração da sessão, procedimentos realizados, comportamento(s) emitido(s) com maior frequência por P-III e estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) pela dentista.

Média de tempo por sessão: 31,4 min.

SESSÃO	MEDICAÇÃO	DURAÇÃO	PROCEDIMENTOS	CRIANÇA	DENTISTA
1 ^a	Sem medicação	36 min.	EP; TE; HB + ATF; AL	Colaboração	Explicação / Distração
2 ^a	Placebo	38 min.	AnT; AnI parcial	Esquiva	Explicação
3 ^a	Placebo	25 min.	AnT; não permite AnI	Esquiva	Explicação
4 ^a	Diazepam	24 min.	AnT; não permite AnI	Esquiva	Explicação
5 ^a	Diazepam	17 min.	AnT; não permite AnI	Esquiva	Explicação
6 ^a	Placebo	30 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração	Explicação / Distração
7 ^a	Placebo	32 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração	Distração / Explicação
8 ^a	Diazepam	36 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração	Distração / Explicação
9 ^a	Diazepam	45 min.	AnT; AnI; IA; Pc; Pulpo; R; AL	Colaboração	Distração / Explicação

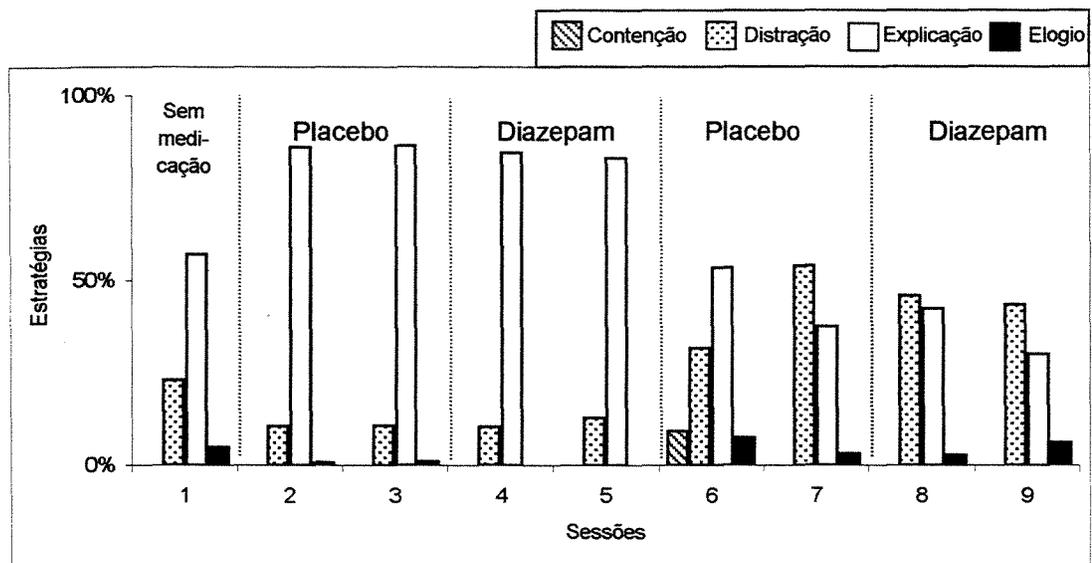


Figura 23: Frequência relativa das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento do P - III.

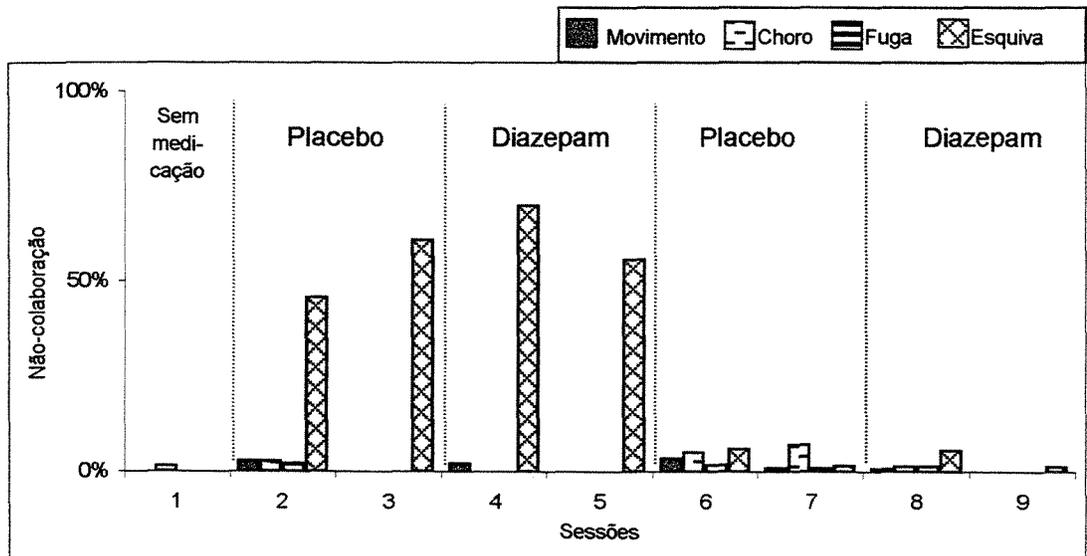


Figura 24: Frequência relativa dos comportamentos emitidos pelo P- III durante as 9 sessões de atendimento.

A descrição individual das sessões de atendimento de P-III encontra-se no anexo 6, com as figuras correspondentes numeradas de III-1 a III-18.

A Figura 23 apresenta frequências relativas das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista ao longo das 9 sessões de atendimento. Nota-se que a estratégia utilizada com maior frequência foi a explicação, superada pela distração apenas a partir da 7ª sessão, quando P-III permaneceu colaborador.

A contenção física, utilizada somente na 6ª sessão, parece ter tido uma forte influência nos comportamentos do paciente, auxiliando-o a enfrentar uma situação que, até aquele momento, era considerada extremamente aversiva. Passada a 6ª sessão, a colaboração foi conseguida, embora ele mostrasse bastante ansiedade no início das sessões, questionando sobre os procedimentos. O procedimento clínico mais aversivo para P-III foi, sem dúvida, a injeção da anestesia. A partir da 7ª sessão, mesmo não necessitando de contenção física, antes de realizar este procedimento era necessário acalmar a criança, dizendo que ela não sentiria dor, caso permanecesse com a cabeça imóvel.

O uso das verbalizações em 92% do tempo em média das sessões, parece ter tido um papel fundamental na manutenção da colaboração. A partir da 7ª sessão, depois da aplicação da anestesia, a criança parecia bastante tranqüila, conversando com a dentista, mesmo estando sob isolamento absoluto, pedindo que ela cantasse alguma música ou contasse estórias.

Na Figura 24, que mostra a frequência relativa dos comportamentos emitidos por P-III durante as 9 sessões, observa-se claramente um aumento do comportamento de esquiva da 2ª à 5ª sessão. O fato de não realizar o tratamento quando não há colaboração parece reforçar o comportamento de esquiva e aumentar a expectativa da criança em relação ao

tratamento. A análise desta figura permite verificar que, nas sessões seguintes ao uso da contenção, ocorreram comportamentos de esquivas no início da sessão, principalmente antes da realização da anestesia injetável, mas a criança conseguiu enfrentar a situação sem necessidade de contenção física.

Este paciente parecia sentir muito medo no início do tratamento. Principalmente na 2ª e 3ª sessões de atendimento, parece que ele desejava colaborar, mas o medo o impedia: ele pedia para ver os instrumentos e perguntava se iria provocar dor, apertando as mãos nervosamente. Porém, este comportamento não foi verificado na 4ª e 5ª sessões, quando P-III mostrou-se seguro e tranqüilo, conversando com a dentista e fazendo sinal negativo com a cabeça e com as mãos, enquanto sorria, quando ela solicitava a sua colaboração. Este fato pode ter ocorrido por influência da medicação ou por uma adaptação da criança à situação, pois ela sabia que o tratamento só seria realizado caso colaborasse. Estes comportamentos em geral são descritos na literatura como utilização da tática de atraso (MORAES & PESSOTTI, 1985).

Comparando a 1ª e a 9ª sessões, nas quais as freqüências relativas de comportamentos de não - colaboração são semelhantes (1,4% e 1,1%), pode-se avaliar a evolução que se deu na capacidade de P-III enfrentar a situação odontológica: na 1ª sessão o procedimento realizado foi apenas treino de escovação e profilaxia; na 9ª sessão foram realizadas pulpotomia e restauração em um dente sob anestesia e isolamento absoluto.

Analisando a influência da medicação empregada, nota-se que nas sessões com diazepam, antes do uso da contenção física, P-III colaborou menos do que nas sessões com placebo. Observando os comportamentos de fuga e esquivas (que impedem a atuação da dentista) vemos que, na dose utilizada, o diazepam oferecido na 4ª e 5ª sessões parece não

ter sido eficaz. O mesmo não ocorreu depois da contenção física, pois nas sessões com diazepam a colaboração foi maior. Este fato não pode ser interpretado como um efeito do diazepam sobre o comportamento da criança.

A atividade lúdica parece ter sido importante para manter os comportamentos de colaboração. Parecia mais importante a participação da dentista na atividade lúdica do que o tipo de brinquedo escolhido.

GRUPO B

Neste grupo serão descritos os dados relativos aos participantes IV, V e VI.

LEGENDA

AL	Atividade Lúdica: Inicia no momento em que o paciente sai da cadeira odontológica após o término do último procedimento clínico e termina quando ele sai do consultório.
AnI	Anestésico Injetável: Injeção de 1 tubete de anestésico pela técnica infiltrativa.
AnT	Anestésico Tópico: Aplicação de anestésico tópico (faces lingual e vestibular).
Entrada	Inicia no momento em que a criança entra no consultório (início da filmagem) e vai para a cadeira odontológica e termina no momento em que a dentista inicia o primeiro procedimento clínico programado para a sessão. Na 1ª sessão, inclui atividade lúdica inicial.
EP	Evidenciação de Placa: Aplicação de corante de placa bacteriana sobre os dentes (remove excesso com água da seringa tríplice e sugador)
HB+ATF	Profilaxia profissional e Aplicação Tópica de Flúor: Remoção da placa bacteriana com escova de Robson em Contra-ângulo (Baixa- rotação), uso de fio dental e aplicação de gel de Flúor fosfato acidulado.
IA	Isolamento Absoluto: Instalação de dique de borracha, grampo e arco de Ostby.
Pc	Preparo Cavitário: Remoção de tecido cariado (emprega colher de dentina, contra-ângulo no micromotor e/ou caneta de alta-rotação).
Pulpo	Pulpotomia: Terapia pulpar (amputação da porção coronária da polpa, necessária após sua exposição acidental, durante Pc).
R	Restauração: Restauração definitiva do dente, depois do preparo cavitário.
Rp	Restauração provisória: Restauração com cimento de óxido de zinco e eugenol
Saída	Inicia no momento em que a criança desce da cadeira odontológica e termina quando ela sai do consultório (término da filmagem), nas sessões em que não ocorre atividade lúdica.
TE	Treino de Escovação: Treino da técnica de escovação, realizado com o paciente sentado em frente à pia. A dentista demonstra a técnica e em seguida a criança e sua mãe realizam o treino. Inicia no momento em que a criança sai da cadeira odontológica para dirigir-se à pia de escovação e termina no momento em que ela retorna à cadeira odontológica.

PARTICIPANTE IV

Quadro IV: Número de sessões, medicação oferecida, duração da sessão, procedimentos realizados, comportamento(s) emitido(s) com maior frequência por P-IV e estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) pela dentista.

Média de tempo por sessão: 39,8 min.

SESSÃO	MEDICAÇÃO	DURAÇÃO	PROCEDIMENTOS	CRIANÇA	DENTISTA
1ª	Sem medicação	30 min.	EP; TE; não permite HB + ATF	Esquiva / Choro	Explicação
2ª	Diazepam	19 min.	Não permite aproximação	Esquiva	Explicação
3ª	Diazepam	23 min.	Não permite AnT	Esquiva	Explicação
4ª	Placebo	21 min.	Não permite aproximação	Esquiva	Explicação
5ª	Placebo	27 min.	Não permite aproximação	Esquiva	Explicação / Distração
6ª	Diazepam	54 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Choro / Movimento	Explicação / Distração
7ª	Diazepam	72 min.	AnT; AnI; IA; Pc; Pulpo; R; AL	Choro	Explicação / Distração
8ª	Placebo	60 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; Saída	Choro	Explicação
9ª	Placebo	52 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Choro / Movimento	Explicação / Distração

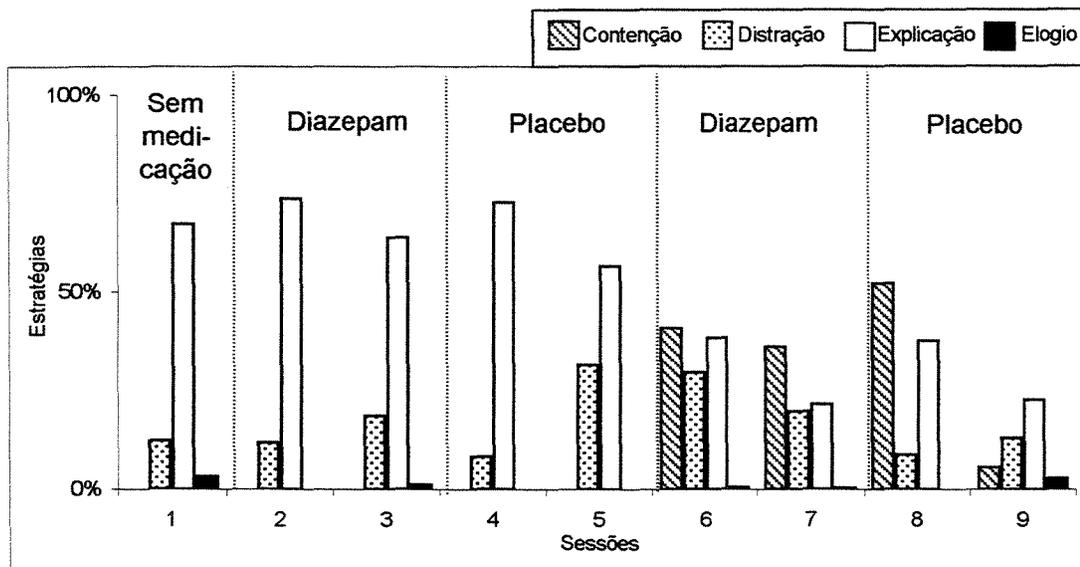


Figura 25: Frequência relativa das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento do P - IV.

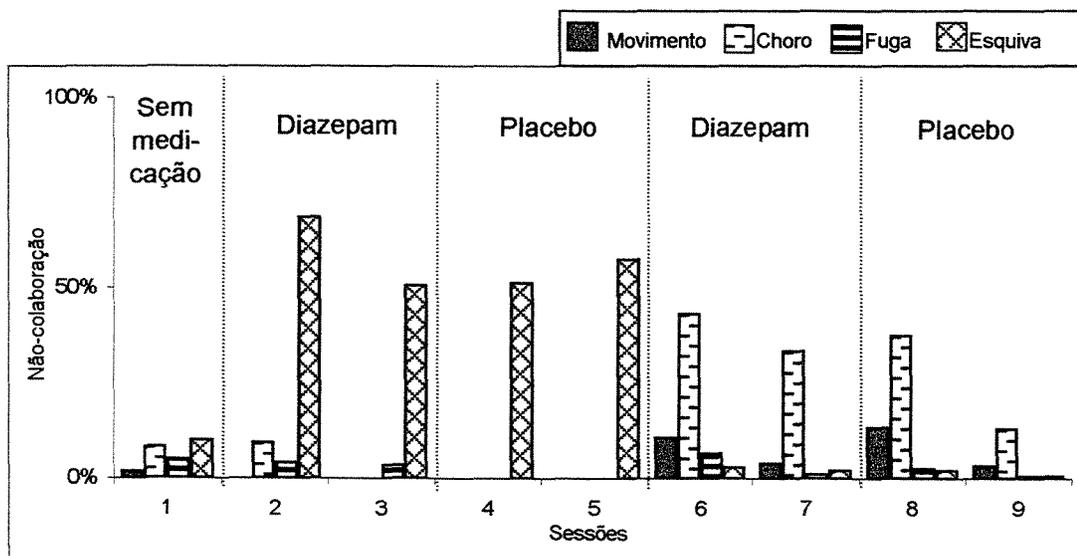


Figura 26: Frequência relativa dos comportamentos emitidos pelo P- IV durante as 9 sessões de atendimento.

A descrição individual das sessões de atendimento de P-IV encontra-se no anexo 6, com as figuras correspondentes numeradas de IV-1 a IV-18.

Durante as sessões de atendimento realizadas neste estudo, os comportamentos da participante pareciam não demonstrar medo: o choro era sem lágrimas e com gritos, acompanhado de movimentos bruscos com o corpo, jogando-se para trás. Algumas vezes, estes comportamentos eram interrompidos e a criança olhava para as pessoas que estavam no consultório, parecendo conferir a reação que estava causando sobre a dentista e principalmente sobre os pais.

A observação da Figura 25, que mostra as frequências relativas das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista ao longo das 9 sessões de atendimento, revela que a estratégia de explicação, que abrange a orientação da criança sobre como ela deve comportar-se, sobre o procedimento realizado e os instrumentos e equipamentos empregados, foi a mais utilizada. Como as estratégias de explicação e distração não podem ocorrer de forma concomitante, durante o tempo em que a criança não está colaborando, a dentista precisa explicar os procedimentos para tentar conseguir sua colaboração, e a estratégia de distração não pode ser utilizada. Por isso a estratégia de distração foi utilizada poucas vezes durante o atendimento desta paciente. Do mesmo modo, o elogio também foi pouco utilizado, pois de maneira geral, P-IV manteve-se não - colaboradora durante quase a metade do tempo total das sessões (49,4% em média).

As verbalizações, ou seja, as estratégias de explicação, distração e elogio, ocorreram em 84,1% do tempo em média, nas sessões anteriores ao uso da contenção física (da 1ª à 5ª sessão) e em 48,7% do tempo em média, nas sessões com contenção física. A utilização destas estratégias, mesmo quando associadas ao diazepam, não interrompia a manifestação

de comportamentos de não - colaboração. Entretanto, parece que a estratégia de distração teve um papel importante na tranquilização da criança durante as sessões em que utilizou-se a contenção física, pois quando a dentista estava cantando, ela diminuía a intensidade do choro e relaxava o corpo, tornando mais fácil a contenção de seus movimentos.

Ficou evidente, pelo comportamento de P-IV durante a atividade lúdica e o encerramento da sessão (não registrado em vídeo-tape), que o relacionamento dela com a dentista melhorou após a 6ª sessão (1ª sessão na qual houve o uso da contenção física). Principalmente durante o procedimento de restauração, a criança não precisava ser contida pois mostrava-se colaboradora, o que pode ser observado nas Fig. IV.6 a IV.9 (anexo 6).

Ao fazermos uma análise da frequência relativa dos comportamentos emitidos nas 9 sessões de atendimento de P-IV, representados na Figura 26, nota-se que o comportamento mais freqüente foi a esquiva. Na 1ª sessão de atendimento, a paciente permitiu apenas a realização de exame clínico e evidenciação de placa, ambos de maneira insatisfatória.

Da 2ª à 5ª sessão a esquiva manifestou-se em 57% do tempo em média, sendo que a criança não permitiu a realização de nenhum procedimento. Nestas sessões, a criança só interrompia o comportamento de esquiva quando a dentista utilizava a estratégia de distração, mostrando brinquedos ou equipamentos e deixando que ela os manipulasse. Assim que a dentista solicitava a sua colaboração, a esquiva recomeçava. Este comportamento, registrado quando a criança não permitia a atuação da dentista seja por não sentar-se na cadeira odontológica, não abrir a boca ou virar-se de costas para a dentista, foi usado pela criança como forma de impedir o início do tratamento.

O tratamento odontológico propriamente dito só teve início na 6ª sessão, com o uso de contenção física. Após esta sessão, houve uma melhora gradativa, embora pequena, em

seu comportamento, e P-IV adormeceu na 7ª e 9ª sessões. Não pode-se afirmar se a criança adormeceu por relaxamento ou por fadiga.

De maneira geral, a resistência de P-IV aumentava com o passar do tempo, à medida que ela se familiarizava com o ambiente e percebia que, caso ela não permitisse, o tratamento não seria realizado. Parece correto afirmar que, caso a contenção não tivesse sido utilizada, a resistência aumentaria e o tratamento não seria realizado. Ao contrário, se a contenção tivesse sido realizada na 2ª ou 3ª sessão, provavelmente ocorreria uma adaptação mais rápida da criança, permitindo que a frequência de não - colaboração chegasse a níveis mais baixos nas últimas sessões.

A esquiva não manifestou-se nos intervalos de tempo em que a criança esteve sob contenção, razão pela qual este comportamento aparece somente no início das sessões em que a contenção foi utilizada (6ª à 9ª sessão).

Mesmo sob contenção física, P-IV manifestou comportamentos de não - colaboração (fuga e movimentos de corpo e cabeça, além de choro) em todas as sessões. Porém, estes comportamentos, contidos pela mãe e pela auxiliar, ocorriam numa amplitude que não era suficiente para interromper o procedimento por muito tempo (6ª à 9ª sessão).

Os comportamentos de choro e movimentos de corpo e cabeça foram mais frequentes nas sessões em que utilizou-se a contenção física e esse fato deve-se à impossibilidade de emitir fuga e esquiva durante a contenção física.

Não houve nenhum procedimento clínico específico que parecesse provocar os comportamentos de não - colaboração. Sempre que P-IV era contrariada, como por exemplo quando ela queria brincar na mesa de atividade lúdica e a dentista dizia que só brincariam no final da sessão, ela manifestava não - colaboração, principalmente choro. O

choro esteve presente em todas as sessões de atendimento, ocorrendo de maneira exclusiva ou associado aos outros comportamentos registrados (fuga, esquiva e movimento de corpo e cabeça). Embora o choro seja um comportamento que incomode o dentista, ele não impede sua atuação.

As sessões de tratamento de P-IV foram consideradas longas (média de 60 minutos, incluindo o tempo destinado à atividade lúdica). Porém, devido ao quadro clínico apresentado, seis dentes necessitavam de restaurações complexas (inclusive com necessidade de terapia pulpar em um deles, pois houve exposição da polpa durante a remoção da cárie), o que requereu um tempo maior de sessão. Entretanto, parece incorreto afirmar que o fator “duração da sessão” tenha levado a criança a não colaborar com o tratamento pois a maior parte dos comportamentos de não - colaboração ocorriam no início da sessão, durante os primeiros 30 minutos, o que pode ser visto nas Figuras IV.1 a IV.18 (Anexo 6).

Avaliando os efeitos da medicação sobre os comportamentos da paciente nota-se que a criança foi mais colaboradora nas sessões em que recebeu o placebo. A medicação ansiolítica na dose utilizada parece não ter sido eficaz para promover sono em P-IV, uma vez que ela adormeceu em 2 sessões, após receber diazepam na 7ª sessão e placebo na 9ª sessão.

LEGENDA

AL	Atividade Lúdica: Inicia no momento em que o paciente sai da cadeira odontológica após o término do último procedimento clínico e termina quando ele sai do consultório.
AnI	Anestésico Injetável: Injeção de 1 tubete de anestésico pela técnica infiltrativa.
AnT	Anestésico Tópico: Aplicação de anestésico tópico (faces lingual e vestibular).
Entrada	Inicia no momento em que a criança entra no consultório (início da filmagem) e vai para a cadeira odontológica e termina no momento em que a dentista inicia o primeiro procedimento clínico programado para a sessão. Na 1ª sessão, inclui atividade lúdica inicial.
EP	Evidenciação de Placa: Aplicação de corante de placa bacteriana sobre os dentes (remove excesso com água da seringa triplice e sugador)
HB+ATF	Profilaxia profissional e Aplicação Tópica de Flúor: Remoção da placa bacteriana com escova de Robson em Contra-ângulo (Baixa- rotação), uso de fio dental e aplicação de gel de Flúor fosfato acidulado.
IA	Isolamento Absoluto: Instalação de dique de borracha, grampo e arco de Ostby.
Pc	Preparo Cavitário: Remoção de tecido cariado (emprega colher de dentina, contra-ângulo no micromotor e/ou caneta de alta-rotação).
Pulpo	Pulpotomia: Terapia pulpar (amputação da porção coronária da polpa, necessária após sua exposição acidental, durante Pc).
R	Restauração: Restauração definitiva do dente, depois do preparo cavitário.
Rp	Restauração provisória: Restauração com cimento de óxido de zinco e eugenol
Saída	Inicia no momento em que a criança desce da cadeira odontológica e termina quando ela sai do consultório (término da filmagem), nas sessões em que não ocorre atividade lúdica.
TE	Treino de Escovação: Treino da técnica de escovação, realizado com o paciente sentado em frente à pia. A dentista demonstra a técnica e em seguida a criança e sua mãe realizam o treino. Inicia no momento em que a criança sai da cadeira odontológica para dirigir-se à pia de escovação e termina no momento em que ela retorna à cadeira odontológica.

PARTICIPANTE V

Quadro V: Número de sessões, medicação oferecida, duração da sessão, procedimentos realizados, comportamento(s) emitido(s) com maior frequência por P-V e estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) pela dentista.

Média de tempo por sessão: 32,1 min.

SESSÃO	MEDICAÇÃO	DURAÇÃO	PROCEDIMENTOS	CRIANÇA	DENTISTA
1ª	Sem medicação	35 min.	EP; TE; HB + ATF	Colaboração	Explicação
2ª	Diazepam	24 min.	AnT parcial	Esquiva	Explicação
3ª	Diazepam	26 min.	AnT; não permite AnI	Esquiva	Explicação
4ª	Placebo	25 min.	AnT; não permite AnI	Esquiva	Explicação
5ª	Placebo	24 min.	Não permite AnT	Esquiva	Explicação
6ª	Diazepam	36 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração / Choro	Explicação / Distração
7ª	Diazepam	36 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração / Choro	Distração / Explicação
8ª	Placebo	43 min	AnT; AnI; IA; Pc; Pulpo; R; AL	Colaboração / Choro	Explicação / Distração
9ª	Placebo	40 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração / Choro	Distração / Explicação

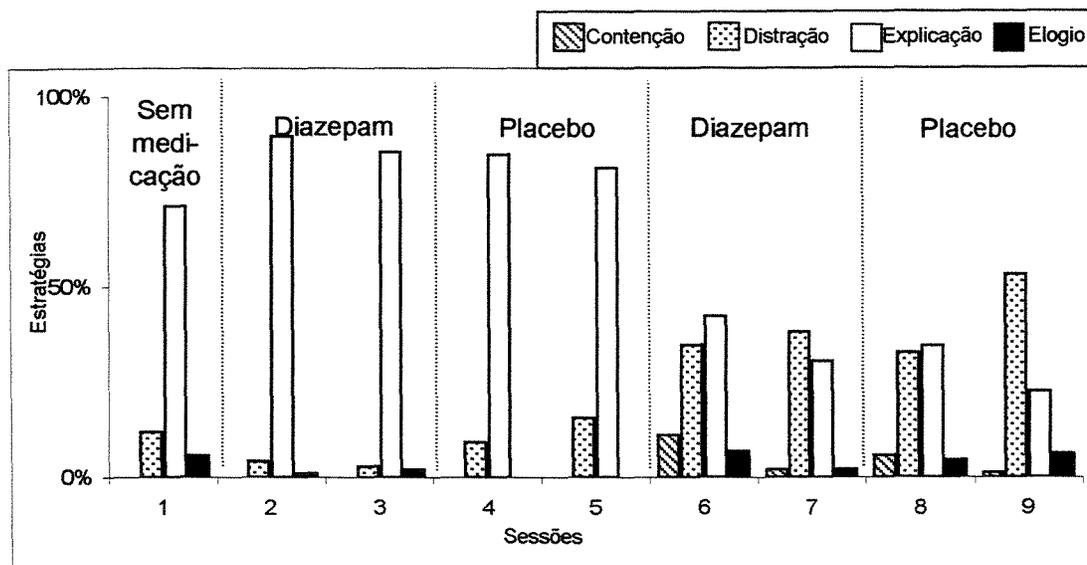


Figura 27: Frequência relativa das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento do P - I.

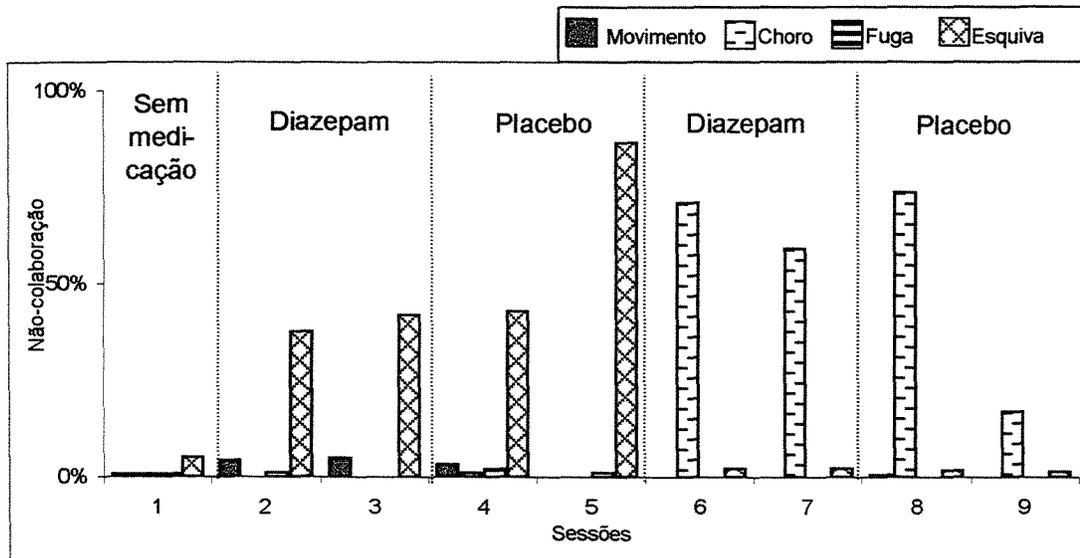


Figura 28: Frequência relativa dos comportamentos emitidos pelo P- V durante as 9 sessões de atendimento.

A descrição individual das sessões de atendimento de P-V encontra-se no anexo 6, com as figuras correspondentes numeradas de V-1 a V-18.

A observação da Figura 27, que apresenta a frequência relativa de cada estratégia de manejo do comportamento utilizada ao longo das 9 sessões, mostra que a explicação foi a estratégia mais freqüente nas 5 primeiras sessões de atendimento e que a distração passou a ser mais utilizada após a 6ª sessão, pois a criança esteve colaboradora, permitindo a utilização desta estratégia.

A contenção física foi utilizada da 6ª à 9ª sessão, embora em baixa frequência (em 5,0% em média do tempo destas sessões). Mesmo durante o uso da contenção física, as verbalizações (explicação, distração e elogio) foram utilizadas em 77,4% do tempo em média.

Na Figura 28, que representa a frequência relativa dos comportamentos apresentados, nota-se um aumento da ocorrência do comportamento de esquiva da 2ª à 5ª sessão. Este comportamento iniciava assim que a dentista tentava realizar os procedimentos de anestesia (tópica ou injetável). Nas sessões seguintes, pode-se afirmar que P-V passou a ser colaboradora pois o choro foi o comportamento mais freqüente e, embora incomode o dentista, não impede sua atuação e a realização dos procedimentos clínicos. Em todas as sessões, os comportamentos de fuga e movimento de corpo e cabeça ocorreram poucas vezes.

Como ocorreu com P-II, ela permitiu a realização da profilaxia na primeira sessão, mas não colaborou com o procedimento de anestesia até a 5ª sessão. Nestas sessões, a criança não chorava, apenas tapava a boca com as mãos ou virava-se de costas para a dentista, impedindo sua atuação.

Parece ter havido certa adaptação de P-V ao tratamento pois, da 6ª à 9ª sessão, ela recusava-se a permitir o início do tratamento, esquivando-se, mas não interrompia sua realização, permanecendo chorando, porém imóvel e com a boca aberta.

Observando ainda a Figura 28, vemos a formação de uma curva em forma de U invertido. Nas 5 primeiras sessões de atendimento, houve aumento da ocorrência dos comportamentos de não - colaboração e a diminuição a partir da 6ª sessão (1ª em que houve a utilização da contenção física). Nas sessões iniciais (2ª à 4ª) a criança não permitiu a realização de nenhum procedimento clínico. Parece que a não realização do tratamento até a 5ª sessão reforçou o comportamento de esquiva emitido pela criança.

Em relação à medicação ansiolítica utilizada, observa-se que nas sessões em que P-V recebeu diazepam, antes da utilização da contenção física (2ª e 3ª sessões), a colaboração foi maior do que nas sessões em que recebeu placebo, ou seja, houve menor frequência na emissão de comportamentos de fuga e esquiva. Entretanto, os comportamentos de choro e movimentos foram mais frequentes nas sessões com diazepam (antes e depois da contenção: 2ª, 3ª, 7ª e 8ª sessões). Porém, sabendo que nas sessões em que a criança recebeu o diazepam antes da contenção física (2ª e 3ª sessões) ela não permitiu a realização de nenhum procedimento, parece incorreto afirmar que o diazepam tenha sido eficaz no controle dos comportamentos. A frequência de fuga e esquiva após a contenção física foi bastante semelhante nas sessões com diazepam e com placebo, fato que parece reforçar o argumento acima.

De maneira geral, parece não ter ocorrido melhora no relacionamento entre P-V e a dentista. Ela não mostrava interesse na estratégia de distração utilizada durante a realização dos procedimentos clínicos e, embora a paciente saísse alegre após a realização do

tratamento, não respondia as perguntas da dentista e permanecia calada durante a atividade lúdica. Entretanto, a mãe relatou que em casa a criança comentava com orgulho sobre o tratamento, contando sobre a atividade lúdica e as músicas cantadas pela dentista.

LEGENDA

AL	Atividade Lúdica: Inicia no momento em que o paciente sai da cadeira odontológica após o término do último procedimento clínico e termina quando ele sai do consultório.
AnI	Anestésico Injetável: Injeção de 1 tubete de anestésico pela técnica infiltrativa.
AnT	Anestésico Tópico: Aplicação de anestésico tópico (faces lingual e vestibular).
Entrada	Inicia no momento em que a criança entra no consultório (início da filmagem) e vai para a cadeira odontológica e termina no momento em que a dentista inicia o primeiro procedimento clínico programado para a sessão. Na 1ª sessão, inclui atividade lúdica inicial.
EP	Evidenciação de Placa: Aplicação de corante de placa bacteriana sobre os dentes (remove excesso com água da seringa tríplice e sugador)
HB+ATF	Profilaxia profissional e Aplicação Tópica de Flúor: Remoção da placa bacteriana com escova de Robson em Contra-ângulo (Baixa- rotação), uso de fio dental e aplicação de gel de Flúor fosfato acidulado.
IA	Isolamento Absoluto: Instalação de dique de borracha, grampo e arco de Ostby.
Pc	Preparo Cavitário: Remoção de tecido cariado (emprega colher de dentina, contra-ângulo no micromotor e/ou caneta de alta-rotação).
Pulpo	Pulpotomia: Terapia pulpar (amputação da porção coronária da polpa, necessária após sua exposição acidental, durante Pc).
R	Restauração: Restauração definitiva do dente, depois do preparo cavitário.
Rp	Restauração provisória: Restauração com cimento de óxido de zinco e eugenol
Saída	Inicia no momento em que a criança desce da cadeira odontológica e termina quando ela sai do consultório (término da filmagem), nas sessões em que não ocorre atividade lúdica.
TE	Treino de Escovação: Treino da técnica de escovação, realizado com o paciente sentado em frente à pia. A dentista demonstra a técnica e em seguida a criança e sua mãe realizam o treino. Inicia no momento em que a criança sai da cadeira odontológica para dirigir-se à pia de escovação e termina no momento em que ela retorna à cadeira odontológica.

PARTICIPANTE VI

Quadro VI: Número de sessões, medicação oferecida, duração da sessão, procedimentos realizados, comportamento(s) emitido(s) com maior frequência por P-VI e estratégia(s) de manejo do comportamento mais utilizada(s) pela dentista.

Média de tempo por sessão: 26,3 min.

SESSÃO	MEDICAÇÃO	DURAÇÃO	PROCEDIMENTOS	CRIANÇA	DENTISTA
1ª	Sem medicação	20 min.	EP; TE; HB + ATF parcial	Colaboração / Esquiva	Explicação
2ª	Diazepam	19 min.	AnT parcial	Esquiva	Explicação
3ª	Diazepam	26 min.	Não permite aproximação	Esquiva	Explicação
4ª	Placebo	16 min.	Não permite aproximação	Esquiva	Explicação
5ª	Placebo	18 min.	Não permite aproximação	Esquiva	Explicação
6ª	Diazepam	26 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Movimento	Explicação / Distração
7ª	Diazepam	34 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Choro	Distração / Explicação
8ª	Placebo	36 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração / Choro	Distração / Explicação
9ª	Placebo	42 min.	AnT; AnI; IA; Pc; R; AL	Colaboração / Choro	Distração / Explicação

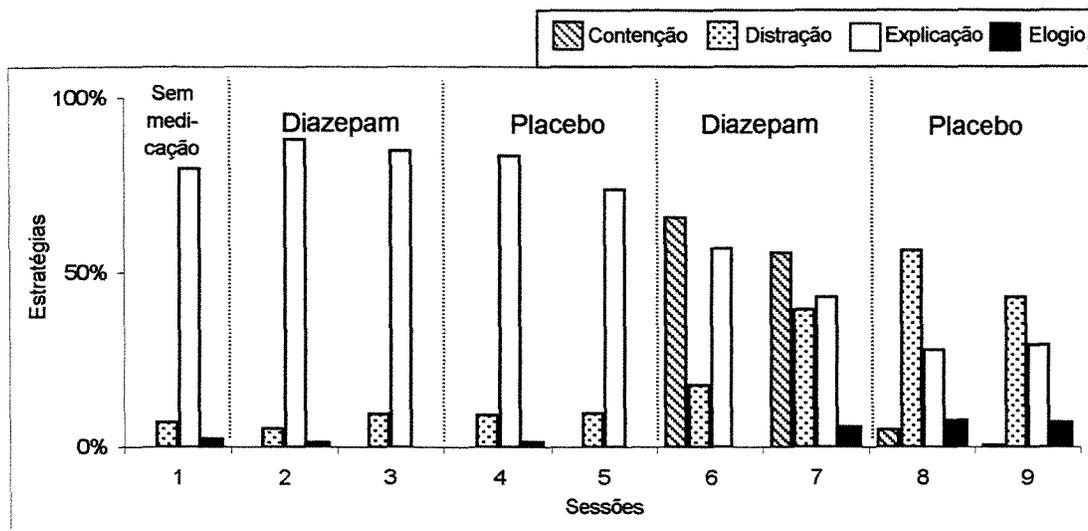


Figura 29: Frequência relativa das estratégias de manejo do comportamento utilizadas pela dentista durante as 9 sessões de atendimento do P - VI.

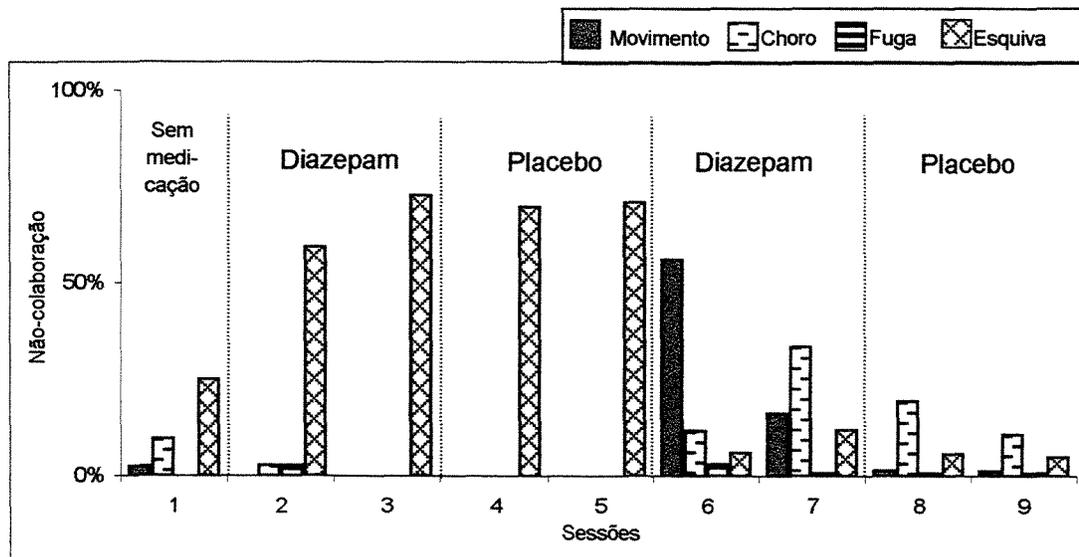


Figura 30: Frequência relativa dos comportamentos emitidos pelo P- VI durante as 9 sessões de atendimento.

A descrição individual das sessões de atendimento de P-VI encontra-se no anexo 6, com as figuras correspondentes numeradas de VI-1 a VI-18.

A análise da Figura 29, que representa as frequências relativas das estratégias utilizadas durante as 9 sessões de atendimento, mostra que a distração foi utilizada com pouca frequência da 1ª à 5ª sessão. Nestas sessões, a explicação foi a estratégia mais frequente pois, no intuito de conseguir a colaboração da criança, a dentista explicava os passos do procedimento e pedia sua colaboração.

Nota-se que, mesmo na vigência da contenção física, as verbalizações foram amplamente utilizadas. Em 88,1% do tempo em média das sessões, a dentista utilizou distração, explicação e elogio. A distração parece ter sido muito importante no controle dos comportamentos deste paciente, pois ele mostrava-se interessado nas histórias contadas pela dentista e respondia as suas perguntas, parando de chorar assim que ela começava a conversar com a criança, fato evidente principalmente na 8ª e 9ª sessões.

A Figura 30 mostra a frequência relativa dos comportamentos apresentados pela criança ao longo das sessões. Observa-se que houve um aumento progressivo dos comportamentos de esquiva, que só foram interrompidos pelo uso da contenção física. Estes comportamentos iniciavam-se assim que a dentista tentava realizar qualquer intervenção.

Embora os movimentos de corpo e cabeça e o choro tenham persistido até a última sessão de atendimento, a contenção foi necessária somente na 6ª e 7ª sessões. Na 8ª e 9ª sessões a auxiliar esteve com as mãos posicionadas ao lado da cabeça da criança, sem tocá-la, embora tenha sido registrado como contenção física.

O comportamento de esquiva foi manifestado por P-VI por meio de táticas de atraso. A criança conversava com a dentista, muitas vezes interrompendo o que ela estava falando. Este comportamento surpreendeu a mãe, que havia relatado que a criança não conversava com ninguém, exceto com os pais e a irmã.

Nas 5 primeiras sessões de atendimento, P-VI não permitiu a atuação da dentista, mas parecia estar cada vez mais confiante e à vontade.

A frequência de comportamentos de não - colaboração ocorridos na 8ª e 9ª sessões, nas quais foram realizadas práticas invasivas, utilizando anestesia, isolamento absoluto e alta e baixa - rotação, foi menor do que na 1ª sessão, na qual a dentista não conseguiu realizar procedimentos simples, tais como a evidenciação de placa e profilaxia. Este fato mostra a melhora do comportamento da criança ao longo do tratamento.

De modo geral, observa-se na Figura 30 a formação de uma curva em forma de U invertido, ou seja, um aumento da não - colaboração ao longo das sessões antes da utilização da contenção física e uma diminuição destes comportamentos após a contenção. Pode-se afirmar que a realização dos procedimentos sob contenção obrigou P-VI a enfrentar a situação de tratamento odontológico e ajudou-o a perceber que o tratamento poderia ser realizado sem a presença de dor ou então entendeu que o controle que ele conseguia exercer sobre o comportamento da dentista tinha terminado. Com isso, ele passou a colaborar cada vez mais, não necessitando de contenção nas 2 últimas sessões.

A atividade lúdica parece ter tido uma influência importante na manutenção dos comportamentos de colaboração pois, segundo relato da mãe, a criança perguntava todos os dias quando voltariam para brincar com a dentista. P-VI demonstrou ser o que mais

participava da atividade lúdica, interagindo com a dentista nas brincadeiras, mostrando-se alegre e tranquilo.

Em relação à medicação utilizada, vemos que nas sessões em que a criança recebeu diazepam antes da contenção física (2ª e 3ª sessões) houve maior colaboração que nas sessões com placebo (4ª e 5ª sessões). O mesmo não ocorreu depois da contenção, quando a criança foi mais colaboradora nas sessões em que recebeu placebo (8ª e 9ª). Entretanto, não podemos esquecer a tendência dos comportamentos de não - colaboração aumentarem ao longo das sessões antes da contenção física e diminuir após a contenção, formando uma curva em forma de U invertido.

RESULTADOS GERAIS

Este trabalho apresentou o atendimento odontológico de 6 crianças, na faixa etária entre 4 e 5 anos, consideradas “pacientes especiais” por não adequarem-se à rotina do tratamento odontológico convencional, necessitando da utilização de estratégias de manejo do comportamento, que não são utilizadas regularmente pelos cirurgiões - dentistas. Todos os participantes tinham história de não - colaboração, o que impediu a realização de tratamentos odontológicos anteriores.

O delineamento planejado para este estudo estabelecia que, até a 5ª sessão, o tratamento fosse realizado somente se houvesse colaboração por parte da criança e que a contenção física fosse utilizada, se necessário, a partir da 6ª sessão. Esta determinação permitiu que a criança tivesse a oportunidade de colaborar nas sessões em que recebeu placebo e naquelas em que recebeu diazepam. Além disso, possibilitou a observação sistemática dos comportamentos das crianças nas 2 condições experimentais planejadas, utilizando-se estratégias comportamentais aversivas e não - aversivas de controle do comportamento.

Como pode-se observar no Quadro 2, exceto em relação a P-I, nenhuma outra criança permitiu a realização de tratamento da 2ª à 5ª sessão.

Quadro 2: Medicação utilizada, comportamento(s) predominante(s) e emprego da contenção física em cada sessão de atendimento.

Sessão	Tratamento	Grupo A			Tratamento	Grupo B		
		P-I	P-II	P-III		P-IV	P-V	P-VI
1ª	sem medicação	Ch/Col	Col	Col	sem medicação	E/Ch	Col	Col/E
2ª	placebo	M/Ch	E	E	diazepam	E	E	E
3ª	placebo	Ch	E	E	diazepam	E	E	E
4ª	diazepam	Col	E	E	placebo	E	E	E
5ª	diazepam	Col	E	E	placebo	E	E	E
6ª	placebo	M/Ch (CF)	Col/E (CF)	Col (CF)	diazepam	Ch/M (CF)	Col/Ch (CF)	M (CF)
7ª	placebo	M/Ch (CF)	Col	Col	diazepam	Ch (CF)	Col/Ch (CF)	Ch (CF)
8ª	diazepam	Col	Col	Col	placebo	Ch (CF)	Col/Ch (CF)	Col/Ch
9ª	diazepam	Col (CF)	Col	Col	placebo	Ch/M (CF)	Col/Ch (CF)	Col/Ch

P = participante; E = esquiva; M = movimentos de corpo e cabeça; Ch = Choro; Col = Colaboração; CF = contenção física.

A Figura 31 apresenta um gráfico referente a cada participante, os quais mostram as frequências relativas dos comportamentos de não – colaboração nas sessões de atendimento, antes e depois da contenção física. Os comportamentos estão agrupados da seguinte maneira: fuga e esquiva (colunas com traços diagonais), choro e movimentos de corpo e cabeça (colunas com traços horizontais). Os comportamentos dos participantes foram agrupados desta maneira por demonstrarem os momentos em que a dentista está atuando (quando a criança emite choro ou movimentos) e os momentos em que a criança não permite a atuação da dentista (emite fuga ou esquiva). Além disso, as colunas preenchidas com esferas mostram a frequência relativa da estratégia de contenção física utilizada da 6ª à 9ª sessão.

Ao avaliar as colunas com traços diagonais desta Figura (comportamentos de fuga ou esquiva), exceto no que diz respeito aos dados de P-I, observa-se um aumento gradual na frequência relativa destes comportamentos até a 5ª sessão e uma diminuição a partir da 6ª sessão. O fato da criança perceber que o tratamento não seria realizado caso ela não permitisse, parece ter reforçado a emissão de comportamentos de esquiva, aumentando a não - colaboração ao longo das 5 primeiras sessões.

A ocorrência do reforçamento requer a satisfação de dois critérios: o comportamento alvo precisa ser seguido por uma consequência que, por sua vez, aumenta a frequência deste comportamento. O reforçamento pode ser usado pelo dentista de maneira deliberada ou ocorrer de forma não planejada (MORAES & PESSOTTI, 1985).

A partir do momento em que a contenção física foi utilizada (6ª sessão), houve uma diminuição gradual da frequência relativa da emissão de comportamentos fuga ou esquiva.

Este achado contradiz os resultados de CÉSAR (1988) e STARK et al. (1989), que perceberam um aumento da não - colaboração ao longo das sessões de tratamento.

A realização do tratamento sob contenção física, obrigando a criança a enfrentar a situação odontológica, mostrou a ela que o tratamento seria realizado caso ela colaborasse ou não. A utilização desta estratégia, considerada potencialmente aversiva, parece não ter influenciado negativamente a relação dentista – paciente, uma vez que a dentista conseguiu instalar um repertório de interação positivo entre ela e a criança, principalmente nas sessões finais de atendimento e realizou todos os tratamentos necessários. Isto significa dizer que as estratégias de manejo consideradas geralmente aversivas devem ser analisadas sob o ponto de vista da função que desempenham sobre o comportamento e não a partir de sua topografia ou da sua definição de senso comum. No presente trabalho, a contenção física, da maneira utilizada em associação com outras estratégias de manejo, exerceu uma função de fortalecimento da colaboração.

A contenção pode ser entendida como uma punição porque resulta na diminuição de um certo padrão comportamental após a apresentação de um estímulo aversivo (LUNDIN, 1972). No caso do presente estudo, a contenção física seria o estímulo aversivo apresentado de maneira contingente à não - colaboração. Entretanto, a contenção física parece não Ter tido esta função, mas ao invés disso, foi uma estratégia que permitiu à criança enfrentar adequadamente as condições que o tratamento Odontológico impõem. Neste sentido, TENBERGE et al. (1999) afirmam que, em alguns casos, é praticamente impossível tratar a criança sem usar a contenção física e que, embora esta estratégia possa ser interpretada como negativa ou desagradável, parece ter o efeito de reduzir o medo e melhorar os comportamentos da criança, no que diz respeito ao enfrentamento de situações aversivas. O

emprego de estratégias não - aversivas de manejo do comportamento (verbalizações: distração, explicação e elogio), durante a utilização da contenção, pode ter amenizado o aspecto aversivo da situação, fazendo com que a criança se sentisse menos insegura e não desamparada.

O uso da punição também foi empregado da 2ª à 5ª sessão, quando estava em vigor a contingência “se colaborar, brinca e recebe o brinde; se não colaborar, não brinca e não recebe o brinde”. O brinquedo e o brinde foram estabelecidos como estímulos reforçadores na 1ª sessão de cada participante. Todavia, a retirada do estímulo reforçador positivo estabelecida na contingência, também uma forma de punição, não produziu efeitos significativos na diminuição dos padrões de comportamentos não – colaboradores para todos os participantes. Isto pode ter ocorrido porque a eficácia da punição depende do grau de motivação para desempenhar o ato punido. Se alguém está altamente motivado para desempenhar a resposta punida (no caso deste estudo: não colaborar), os efeitos supressivos da punição são muito menores do que quando a motivação não é tão grande (LUNDIN, 1972). Cabe lembrar que entre a 1ª e 5ª sessão, os comportamentos de não – colaboração foram negativamente reforçados, ou seja, a criança não colaborava e o tratamento não era realizado. ALLEN & STOKES (1987) também concluíram que oferecer um prêmio contingente a comportamentos de colaboração durante o tratamento odontológico não foi suficiente para reduzir a não - colaboração.

É importante ressaltar que, mais importante do que a estratégia que está sendo utilizada, é a maneira como ela é realizada (ROBERTS, 1995) e, além disso, o questionamento sobre o que se espera conseguir utilizando tal estratégia (CHAMBERS, 1977). Isto significa dizer que um desempenho profissional adequado pode incluir

eventualmente a utilização de procedimentos considerados aversivos, desde que o profissional tenha claro que este não deve ser o padrão permanente de interação com o seu paciente para a obtenção de comportamentos adequados. LUNDIN (1972) chama a atenção para os aspectos reforçadores da punição para quem os utiliza e esta é uma questão que deve estar sempre presente na formação profissional de cirurgiões – dentistas.

O profissional que atende crianças deve estar habituado com a utilização das estratégias de manejo do comportamento, para que a sua implementação seja feita de maneira natural, sem que isto interfira na realização do procedimento. Além disso, ele deve ter habilidade e conhecimento sobre o procedimento clínico que será realizado, para que o tratamento seja feito com segurança e rapidez. Uma questão importante neste contexto é a necessidade do dentista aprender a observar seu próprio comportamento e de que forma ele é afetado pela variabilidade dos comportamento apresentados pelos pacientes.

A relação dentista - paciente tornou-se mais estreita a partir da sessão em que iniciou-se o tratamento odontológico propriamente dito. A criança que, ao término das primeiras sessões mostrava-se triste ou zangada, passou a sair alegre e tranqüila, despedindo-se da dentista com gestos de carinho e manifestando a vontade de voltar. Estes momentos não foram registrados em VT, pois ocorriam na ante-sala do Laboratório de Psicologia Aplicada e não no consultório, onde não havia condições técnicas de registro em VT. Entretanto, pôde-se observar a melhora no comportamento das crianças durante a atividade lúdica, momento registrado em VT. A interação dentista - paciente parecia mais natural e as crianças mostravam estar cada vez mais a vontade e contentes ao longo das sessões. A atividade lúdica realizada ao término das sessões em que ocorreu o tratamento,

parece ter contribuído para melhorar a relação dentista – paciente e diminuído a aversividade por ventura presente nos momentos imediatamente anteriores.

A estratégia de explicação, que tinha como objetivo familiarizar a criança com o ambiente odontológico e prepará-la em relação às sensações e ruídos que poderiam ocorrer, parece ter sido importante na diminuição da sua ansiedade quando associada à atividade lúdica. Na 1ª sessão de atendimento, o fato da criança ter sido orientada sobre todos os procedimentos que seriam realizados, fora da cadeira odontológica, ou seja, sem os estímulos aversivos que atuam enquanto a criança está na cadeira, parece ter contribuído para a melhora do comportamento. Nas sessões seguintes, a criança entrava no consultório e era levada diretamente para a cadeira, sendo avisada de que, após o tratamento de seus dentes, poderia brincar. Esta conduta, que foi previamente estabelecida como regra, pode não ter permitido um preparo adequado da criança, apesar de todos os procedimentos terem sido apresentados antes da sua realização. Parece que o fato da criança ter brincado com a dentista antes do início da 1ª sessão levou-a a acreditar que poderia brincar sempre antes de iniciar a sessão.

Numa situação de atendimento, com regras de conduta diferentes daquelas estabelecidas para o presente trabalho, pode ser importante permitir que a criança explore o ambiente de maneira controlada e não sinta-se frustrada quando manifeste a vontade de brincar por alguns minutos antes do início da sessão. A frustração gera raiva e este sentimento pode ocorrer correlacionado a comportamentos não – colaboradores (WEITEN, 1982). A atividade lúdica utilizada de forma mais generalizada e em um número maior de sessões, pode trazer melhores resultados, permitindo ao dentista utilizar este tempo para contar à criança, com palavras simples, os procedimentos que irá realizar e como deverá ser

o seu comportamento. Com efeito, outros estudos em planejamento no Laboratório de Psicologia Aplicada da FOP – UNICAMP, procurarão o efeito de delineamentos experimentais mais diversificados e que permitam estudar, de maneira mais aprofundada, as condições adequadas para preparação e manejo dos comportamentos da criança na situação odontológica.

A distração mostrou ser importante na manutenção da colaboração. Contudo, por si só, não impediu a manifestação de comportamentos inadequados. Esta estratégia foi utilizada com maior frequência nas sessões ou nos momentos em que a criança estava mais colaboradora e pode ter tido também função reforçadora. Como a distração e a explicação não podem ser realizadas ao mesmo tempo, quando a criança não está colaborando utiliza-se mais a explicação, na tentativa de convencer a criança a colaborar. De uma maneira geral, a explicação utilizada nestas circunstâncias não foi funcionalmente relevante na produção de comportamentos colaboradores.

Mesmo quando a criança parecia não estar prestando atenção na estratégia de distração, permanecendo chorando a maior parte do tempo, o choro era interrompido nos momentos em que o assunto tornava-se mais interessante para a criança ou quando a dentista cantava músicas diferentes. Este fato, difícil de ser observado ao assistir as fitas de VT, foi registrado pela pesquisadora de maneira informal ao final de cada sessão. Segundo relatos das mães, durante os dias subsequentes ao tratamento, as crianças lembravam das músicas cantadas pela dentista e pediam para que elas cantassem as mesmas músicas em casa. De maneira semelhante, STARK et al. (1989) perceberam que os pacientes, embora permanecendo chorando e não colaborando (interrompendo o procedimento), eram capazes de prestar atenção no desenho de um poster apresentado a eles durante o tratamento e de

responder corretamente algumas questões referentes ao desenho, o que lhes permitia receber um brinde ao final da consulta.

O elogio, supostamente um estímulo reforçador positivo, parece ter sido apenas um coadjuvante da distração no processo de manutenção da colaboração. Por não ter sido utilizado com exclusividade, não foi possível avaliar com exatidão seu efeito sobre os comportamentos da criança.

As verbalizações, de maneira geral, foram bastante utilizadas (Ver: Figuras 19, 21, 23, 25, 27 e 29). Tal como afirmaram TEN BERGE et al. (1999), os comportamentos do dentista são dependentes do comportamento do paciente e portanto, quanto mais alto for o nível de não - colaboração, maior a frequência de utilização de estratégias de manejo do comportamento, empregadas com o intuito de conseguir a colaboração. Neste sentido, pode-se concluir que, em muitas circunstâncias, quem controla exatamente o transcorrer da sessão é o paciente e não o dentista.

A explicitação da contingência estabelecida no início das sessões (brincar se colaborar), de maneira geral, não foi funcional no sentido de produzir colaboração, pois teve um papel aversivo. Além disso, as estratégias utilizadas pelo dentista competem, muitas vezes, com o controle exercido pela família, que premia a criança mesmo após episódios de não - colaboração. Neste caso, a criança deixa de ganhar o brinde oferecido pela dentista ou não participa da atividade lúdica ao final da sessão em que não colaborou, mas é compensada pelo prêmio oferecido pela família. Outro fator a ser considerado é a possibilidade da contingência ter exercido um controle instrucional fraco para os participantes, devido a incapacidade de aguardar um acontecimento futuro, por causa de sua

imaturidade. Talvez se a faixa etária dos participantes fosse maior, a contingência mostrasse um efeito mais significativo.

PINKHAM (1993) afirma que, no caso do paciente infantil indisciplinado, o mecanismo pelo qual as pessoas conseguem coisas de outras pessoas (por meio de pedidos e promessas), não funciona. Estas crianças parecem ter aversão à autoridade do adulto e estão acostumadas a quebrar e ter suas promessas quebradas. Como para conseguir atuar, o dentista utiliza pedidos e promessas, muitas vezes não consegue a colaboração destas crianças. Em relação aos participantes deste estudo, todos tinham uma história de comportamentos de não - colaboração, fato que pode justificar a ineficácia das estratégias utilizadas na tentativa de manejar seus comportamentos. Eles tiveram experiência de, no mínimo, 2 sessões de atendimento anteriores a este estudo, sem permitir a realização do tratamento. Além disso, os comportamentos apresentados pelas crianças na sessão de avaliação (antes de sua inclusão como participante deste estudo) e na sessão de linha de base (1ª sessão de atendimento), impediram a realização adequada de procedimentos simples e não - invasivos, tais como o exame clínico utilizando o espelho intra - bucal, evidenciação de placa ou aplicação de flúor. Desta maneira, pode-se inferir que, se os participantes deste estudo apresentassem menor grau de não - colaboração, as estratégias comportamentais em associação com a medicação utilizada poderiam ter sido eficazes. Entretanto, esta é um inferência prematura a partir dos dados disponíveis.

Observando ainda a Figura 31, vemos que para P-II, P-III (grupo A) e P-IV (grupo B), antes da utilização da contenção física (da 2ª à 5ª sessão), pode-se observar que a colaboração foi menor, ou seja, houve uma maior frequência na ocorrência dos comportamentos de fuga e esquiva (que impedem a atuação da dentista) nas sessões com

diazepam (colunas quadriculadas). Com P-V e P-VI (grupo B), nas sessões que ocorreram antes da utilização da contenção física (da 2ª à 5ª sessão), houve maior frequência destes comportamentos nas sessões com placebo. Entretanto, principalmente para P-II e P-III (grupo A) e para P-V e P-VI (grupo B), houve uma tendência a aumentar os comportamentos de fuga e esquiva ao longo das sessões antes da contenção física (da 2ª à 5ª sessão), e diminuir após a contenção (da 6ª à 9ª sessão). Assim sendo, a 4ª e 5ª sessões foram aquelas em que houve uma frequência maior de fuga e esquiva, seja com placebo ou diazepam. Portanto, parece incorreto afirmar que o diazepam tenha tido uma influência negativa nos comportamentos de P-II e P-III; apenas não mostrou-se eficaz na dose empregada. Outros estudos também mostraram a ineficácia do diazepam quando empregado em doses baixas: FELL et al. (1985), num estudo com 101 crianças, utilizaram doses de 0,25 e 0,5 mg/Kg de peso de diazepam e não obtiveram melhoras no padrão de comportamento das crianças com a utilização da dose maior; LINDSAY & YATES (1985) não verificaram diferenças entre as sessões com placebo e diazepam, utilizado na dose de 0,2 mg/Kg de peso; YANASE et al. (1996) relataram 60% de melhora nos comportamentos das crianças submetidas ao tratamento utilizando diazepam na dose de 0,3 mg/Kg de peso. Entretanto, FLAITS et al. (1986), utilizando 0,6 mg/kg de peso de diazepam, relataram que o medicamento foi eficaz no controle dos comportamentos das crianças. Isto posto, pode-se entender que há necessidade de ajuste da dose do medicamento a cada paciente de maneira individual, iniciando por uma dose mínima, que poderia ser 0,3 mg/Kg de peso, uma vez que esta dose mostrou-se eficaz para um dos participantes deste estudo, e levando em consideração as características de cada paciente e o grau de aversividade do procedimento programado para a sessão. No entanto, o uso da droga poderia ainda ser entendido como

um coadjuvante da contenção para garantir a exposição dos participantes às contingências naturais do tratamento e extinção dos estímulos aversivos condicionados ou instruídos.

Sabendo que nas sessões antes da utilização da contenção, exceto para P-I, nenhuma criança permitiu a realização do tratamento, confirma-se que o diazepam não foi eficaz no controle dos comportamentos dos pacientes, nem tampouco as estratégias comportamentais. Embora colaborador, P-I não adormeceu e não pareceu estar sonolento nas sessões com diazepam.

A análise estatística mostrou não haver diferença significativa entre as sessões nas quais as crianças receberam placebo e naquelas em que receberam o diazepam, pelo teste de WILCOXON pareado ($p > 0,05$) para todas as variáveis, como mostra o Quadro 3.

Quadro 3: Médias dos comportamentos emitidos pelos participantes e médias das estratégias utilizadas pela dentista, nas sessões com placebo e nas sessões com diazepam. As médias seguidas de letras iguais na horizontal não diferem entre si pelo teste de Wilcoxon pareado.

Comportamentos e Estratégias	Medicação	
	Placebo	Diazepam
Fuga e esquiva	26.08 a	26.87 a
Choro e movimento	17.05 b	16.95 b
Contenção	5.69 c	8.86 c
Explicação	56.03 d	54.14 d
Distração e elogio	27.51 e	28.08 e

A observação das sessões ocorridas após a contenção física confirma a afirmação acima, pois na 8ª e 9ª sessões, para todos os participantes (grupos A e B), a frequência de comportamentos de fuga e esquiva foi a menor entre todas as sessões, provavelmente por ter ocorrido uma adaptação da criança aos procedimentos realizados ao longo das sessões.

Exceto para P-I, parece não ter ocorrido diferenças nos comportamentos das crianças que possam ser atribuídas ao medicamento, a não ser um relaxamento muscular que facilitou a contenção física nas sessões em que o diazepam foi utilizado e a ocorrência de sonolência, principalmente para P-II. O relaxamento muscular foi observado pela dentista como uma maior ou menor resistência da criança durante a contenção e foi registrado ao final de cada sessão.

Os comportamentos de choro e movimentos de corpo e cabeça (colunas com traços horizontais) ocorreram com maior frequência nas sessões após a utilização da contenção física para os participantes do grupo B. A diferença básica entre os grupos A e B é o fato da contenção física ter sido utilizada pela primeira vez, para os participantes do grupo B, numa sessão em que o diazepam foi administrado. Este fato pode ter influenciado de alguma maneira os comportamentos das crianças. A contenção física da maneira utilizada no presente estudo mudou o padrão de comportamento dos participantes do grupo B, de fuga e esquiva para choro e movimentos de corpo. Além disso, esta estratégia parece ter sido mais eficaz quando associada ao placebo do que quando associada com a medicação.

Em relação ao medicamento utilizado, comprovou-se a afirmação feita por vários autores sobre a sua segurança (BADALATY, et al., 1990; ZANINI et al., 1994; RANG et al., 1995; YANASE et al., 1996). Nenhum efeito colateral foi registrado durante e depois das sessões, quando a criança foi observada pela mãe. Como nem mesmo sonolência foi

verificada, com exceção de P-II (4ª e 5ª sessões) e P-IV (7ª sessão), acredita-se que a dose empregada tenha sido demasiadamente baixa para 5 participantes. Na dose utilizada, a medicação empregada mostrou algum efeito apenas sobre os comportamentos de P-I, que só chorava e movimentava-se, mas não apresentava respostas de fuga e esquiva.

Para ter sido considerada eficaz, a medicação não precisaria ter provocado sedação, levando a criança a dormir durante toda a sessão. O objetivo do emprego do ansiolítico era tranquilizar a criança, deixando-a mais receptiva às estratégias de manejo empregadas, possibilitando a realização plena do tratamento, sem necessidade de contenção física.

Os procedimentos clínicos que mostraram ser mais aversivos foram a anestesia injetável e o preparo cavitário, o que confirma os resultados encontrados por outros autores (KLEINKNECHT et al., 1973; MILGROM, 1988; COSTA & MORAES, 1994). Parece que o som, a visão e a sensação do alta ou baixa - rotação desencadeavam comportamentos inadequados, principalmente em P-I.

Todos os participantes, exceto P-I, necessitaram de sessões adicionais de tratamento, além da 9ª sessão. Embora não tenham sido filmadas em VT, estas sessões foram registradas pela pesquisadora. P-IV necessitou de 3 sessões adicionais de atendimento para concluir seu tratamento. Nestas sessões, apesar de receber diazepam nas 2 primeiras, houve necessidade de contenção dos movimentos. P-VI, que teve apenas uma sessão adicional, não recebeu nenhuma medicação e necessitou de uma leve contenção física apenas no início da aplicação do anestésico tópico, mantendo-se colaborador durante a maior parte da sessão. P-II, P-III e P-V necessitaram respectivamente de 4, 1 e 2 sessões adicionais de tratamento, sendo que não houve administração do medicamento em nenhuma sessão e houve colaboração durante todo o tempo das sessões.

CONCLUSÕES

1. O diazepam na dose de 0,3 mg/Kg de peso não se revelou eficaz para o controle dos comportamentos de não - colaboração.
2. Não houve nenhum efeito colateral, nem mesmo sonolência (exceto para P-II, na 4^a e 5^a sessões e P-IV, na 7^a sessão), o que seria desejável durante a situação de atendimento odontológico. Isto parece confirmar a segurança deste medicamento. Também não ocorreu sonolência após o término das sessões, segundo relato das mães.
3. Não houve mudanças no grau de colaboração dos participantes quando comparadas as sessões com medicação e com placebo, exceto para um participante, cujo nível de colaboração já era maior do que dos demais participantes.
4. A contenção física associada às estratégias de distração, explicação e reforçamento, parece ter-se revelado como procedimento eficaz no controle do comportamento dos participantes.

5. A não realização do tratamento enquanto a criança não colaborou, reforçou as manifestações dos comportamentos de não - colaboração, aumentando sua frequência ao longo das sessões. A criança parece aprender que o comportamento de esquivar a livra da realização do tratamento. Parece importante auxiliar a criança a enfrentar a situação de atendimento odontológico assim que uma interação inicial seja estabelecida com o profissional (2ª ou 3ª sessões). Isto pode ser conseguido por meio da utilização de estratégias que restrinjam os movimentos da criança, associadas com procedimentos que induzam colaboração e possibilidade de enfrentamento.

6. A contenção física, utilizada a partir da 6ª sessão, tornou possível a realização do tratamento. A utilização desta estratégia obrigou a criança a enfrentar a situação de tratamento e permitiu a ela conhecer os procedimentos e "perceber" que o tratamento poderia ocorrer de forma a não causar-lhe dor ou desconforto. A partir da sessão em que a contenção física foi utilizada, houve um rápido declínio na frequência da emissão de comportamentos de não - colaboração e as crianças mostraram uma adaptação crescente à situação de tratamento. P-I necessitou de contenção na 6ª, 7ª e 9ª sessões, sendo que nesta última, a contenção foi utilizada em apenas 1,5% do tempo da sessão; P-II e P-III necessitaram de contenção apenas na 6ª sessão; P-IV, P-V e P-VI necessitaram de contenção da 6ª à 9ª sessão, sendo que P-V esteve sob contenção em 5% do tempo em média destas sessões.

7. Nenhum participante verbalizou sentir dor depois da anestesia realizada sob contenção física, durante a realização dos procedimentos operatórios. Isto parece ter sido importante para permitir a adaptação do paciente à situação de tratamento.

8. As estratégias de manejo do comportamento consideradas não - aversivas, tais como a distração e a explicação, devem ser utilizadas em todas as sessões. Parece que a utilização destas estratégias ameniza os efeitos aversivos da situação de tratamento, fazendo com que a criança sintasse menos insegura e mais amparada, melhorando seu comportamento. A atenção ao paciente que está deitado na cadeira, vulnerável e exposto aos mais diversos tipos de sensações, muitas vezes desagradáveis, parece contribuir para aumentar sua confiança no profissional e, desta maneira, melhorar a qualidade da interação profissional - paciente, fator primordial no controle do comportamento da criança.

9. Os procedimentos clínicos que mostraram ser mais aversivos foram a anestesia injetável e o preparo cavitário. É importante estar atento às sensações de dor provocadas pela técnica inadequada da aplicação da anestesia e pelo uso de baixa ou alta - rotação quando há sensibilidade. A dor contribuiu sobremaneira para a instalação de medo relacionado ao tratamento odontológico e, conseqüentemente aumenta a probabilidade de ocorrência de comportamentos de não - colaboração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

1. ADDELSTON, H.K. Child patient training. Fort Rev Chicago Dent Soc, Chicago, 38: 7-11, 1959.
2. ALBUM, M.M. Meperidine and Promethazine Hydrochloride for handicapped patients. J Dent Res, Washington, 40: 1036-41, 1961.
3. ALLARD, G. & STOKES, T.F. Continuous observation: a detailed record of children's behavior during dental treatment. J Dent Child, Chicago, 47(4): 246-50, July/Aug. 1980.
4. ALLEN, K.D. & STOKES, T.F. Use of escape and reward in the management of young children during dental treatment. J Appl Beh Anal, Ann Arbor, 20(4): 381-90, Winter 1987.
5. _____; LOIBEN, T.; ALLEN, S.J.; STANLEY, R.T. Dentist - implemented contingent escape for management of disruptive child behavior. J Appl Beh Anal, Ann Arbor, 25(3): 629-36, Fall 1992.
6. _____. Et al. Reinforced practice of children's cooperative behavior during restorative dental treatment. J Dent Child, Chicago, 55(4): 273-77, July/Aug. 1988.
7. ANDRADE, E.D. Terapêutica medicamentosa em Odontologia. São Paulo, Artes Médicas, 1999.

* De acordo com a NB 66, de 1978, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Abreviatura dos periódicos em conformidade com o Medline.

8. ANDRADE, E.D. Comunicação pessoal. Curso de Terapêutica Medicamentosa do Programa de Pós - Graduação em Odontologia - Área de Farmacologia, Anestesiologia e Terapêutica (FOP - UNICAMP), 1999.
9. AYER, W.A. & CORAH, N.L. Behavioral factors influencing dental treatment. In: COHEN, L.K. & BRYANT, P.S. Social sciences and dentistry. A critical bibliography. Berlim, Quintessence, 1987. Vol.2, p.267-322, 1987.
10. BADALATY, M.M. et al. A comparison of chloral hidrate and diazepam sedation in young children. Pediatr Dent, Chicago, 12(1): 33-7, Feb. 1990.
11. BIASOLI-ALVES, Z.M.N. Discutindo o desenvolvimento infantil e dos adolescentes. Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Ribeirão Preto, 1992. [Apostila].
12. CÉSAR, J. Caracterização comportamental do tratamento odontológico de pacientes especiais: estudo de dois casos. São Carlos, 1988. [Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos].
13. CHAMBERS, D.W. Behavior management techniques for pediatric dentists: an embarrassment of riches. J Dent Child, Chicago, 44(1): 30-4, Jan./Feb. 1977.
14. CORAH, N.L.; GALE, E.N.; ILLIG, S.J. Psychological stress reduction during dental procedures. J Dent Res, Washington, 58(4): 1347-51, Apr. 1979a.
15. _____; _____; _____. The use of relaxation and distraction to reduce psychological stress during dental procedures. J Am Dent Assoc, Chciago, 98(3): 390-4, Mar. 1979b.

16. COSTA, S.M. & MORAES, A.B.A. Medo em Odontologia: um estudo com escolares. Rev Bras Odontol, 51(5): 26-31, set./out. 1994.
17. DICIONÁRIO de Especialidades Farmacêuticas. 28.ed. Rio de Janeiro, Jornal Brasileiro de Medicina, Editora de Publicações Científicas, 1999/2000.
18. DWORKIN, S.F. Integrating behavioral and pharmacological therapeutic modalities. Anesth Prog, Wellesley, 33(1): 29-33, Jan./Feb. 1986.
19. FEDERATION DENTAIRE INTERNATIONALE - Technical Report nº 32. Premedication in dentistry. Int Dent J, Bristol, 39(1): 55-61, Mar. 1989.
20. FELL, D.; GOUGH, M.B.; NORTHAN, A.A.; HENDERSON, C.U. Diazepam premedication in children - Plasma levels and clinical effects. Anaesthesia, London, 40(1): 12-7, Jan. 1985.
21. FLAITZ, C.; NOWAK, A.; HICKS, MJ. Evaluation of the anterograde amnesic effect of rectally administered diazepam in the sedated dental patient. J Dent Child, Chicago, 53(1): 17-20, Jan./Feb. 1986.
22. FUCHS, F.D. & WANNMACHER, L. Farmacologia clínica - fundamentos para terapêutica racional. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1992.
23. GILMAN, A.G.; GOODMAN, L.S.; GILMAN, A. As bases farmacológicas da terapêutica. 9.ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana, 1996.
24. GIOVANNITTI JR, J.A. Regimens for pediatric sedation. Compendium, Lawrenceville, 14(8): 1002-12, Aug. 1993.

25. GUYTON, A.C. Tratado de fisiologia médica. 4.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1973.
26. HARPER, H.A. Manual de química fisiológica. 3.ed. São Paulo, Atheneu, 1973.
27. HEALY, T.E.J. & HAMILTON, M.C. Intravenous Diazepam in the apprehensive child. Br Dent J, London, 130(1): 25-7, Jan. 1971.
28. INFORMACION de medicamentos. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Publicación Científica. O.P.S. nº 525, 1989. Vol.1, p.422-38.
29. INGERSOLL, B.D. Behavioral aspects in Dentistry. New York, Appleton - Century - Crofts, 1982. Cap.7, p.107-33.
30. _____; NASH, D.A.; GRAMBER, C. The use of contingent audiotaped material with pediatric dental patients. J Am Dent Assoc, Chicago, 109(5): 717-20, Nov. 1984.
31. JOHNSON, R. & MACHEN, J.B. Behavior modification techniques and maternal anxiety. J Dent Child, Chicago, 40(4): 272-6, July/Aug. 1973.
32. KLEINKNECHT, R.A.; KLEPAC, R.K.; ALEXANDER, L.D. Origins and characteristics of fear of dentistry. J Am Dent Assoc, Chicago, 86(4): 842-8, Apr. 1973.
33. KOCH, G.; MODÉER, T.; POULSEN, S.; RASMUSSEN, P. Odontopediatria: uma abordagem clínica. São Paulo, Santos, 1992.

34. KUHN, B.R. & ALLEN, K.D. Expanding child behavior management technology in pediatric dentistry: a behavioral science perspective. Pediatr Dent, Chicago, 16(1): 13-7, Jan./Feb. 1994.
35. LAWRENCE, S.M. et al. Parenteral attitudes toward behavior management techniques used in pediatric dentistry. Pediatr Dent, Chicago, 13(3): 151-55, May/June 1991.
36. LINDSAY, S.J.E. & YATES, J.A. The effectiveness of oral diazepam in anxious child dental patients. Br Dent J, London, 159(5): 149-53, Sept. 1985.
37. LOEFFLER, P.M. Oral benzodiazepines and conscious sedation: a review. J Oral Maxillofac Surg, Orlando, 50(9): 989-97, Sept. 1992.
38. LUNDIN, R.W. Personalidade. Uma análise do comportamento. São Paulo, Herder, 1972.
39. MACHEN, J.B. & JOHNSON, R. Desensitization, model learning and the dental behavior of children. J Dent Res, Washington, 53(1): 83-7, Jan./Feb. 1974.
40. MAHAN, L.K & ARLIN, M.T. Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia. 8.ed. São Paulo, Roca, 1995.
41. MELAMED, B.G.; HAWES, R.R.; HEIBY, E.; GLICK J. Use of filmed modeling to reduce uncooperative behavior of children during dental treatment. J Dent Res, Washington, 54(4): 797-801, July/Aug. 1975a.

42. _____.; WEINSTEIN, D.; HAWES, R.; KATIN-BORLAND, M. Reduction of fear-related dental management problems with use of filmed modeling. J Am Dent Assoc, Chicago, 90(4): 822-6, Apr. 1975b.
43. MILGRON, P.; Fiset, L.; MELNICK, S.; WEINSTEIN, P. The prevalence and practice management consequences of dental fear in a mayor U.S. City. J Am Dent Assoc, Chicago, 116(6): 641-7, May 1988.
44. _____.; WEINSTEIN, P.; KLEINKNECHT, R.; GETZ, T. Treating fearful dental patients. A patient management handbook. Reston, Reston Publishing Company, 1985.
45. MINDUS, P. Anxiety, pain and sedation: some psychiatric aspects. Acta Anaesthesiol Scand Suppl, Copenhagen, 88: 7-12, 1987.
46. MORAES, A.B.A. Comportamento e saúde: explorando alternativas. Santo André, ARBytes Editora, 1999. p.61-83.
47. _____. & GIL, I.A. A criança e o medo do tratamento odontológico. In: USBERTI, A.C. Odontopediatria clínica. São Paulo, Santos, 1991. p.113-9.
48. _____. & PESSOTTI, I. Psicologia aplicada à Odontologia. São Paulo, Sarvier, 1985.
49. MURPHY, M.G.; FIELDS JR, H.W.; MACHEN, J.B. Parental acceptance of pediatric dentistry behavior management techniques. Pediatr Dent, Chicago, 6(4): 193-8, Dec. 1984.

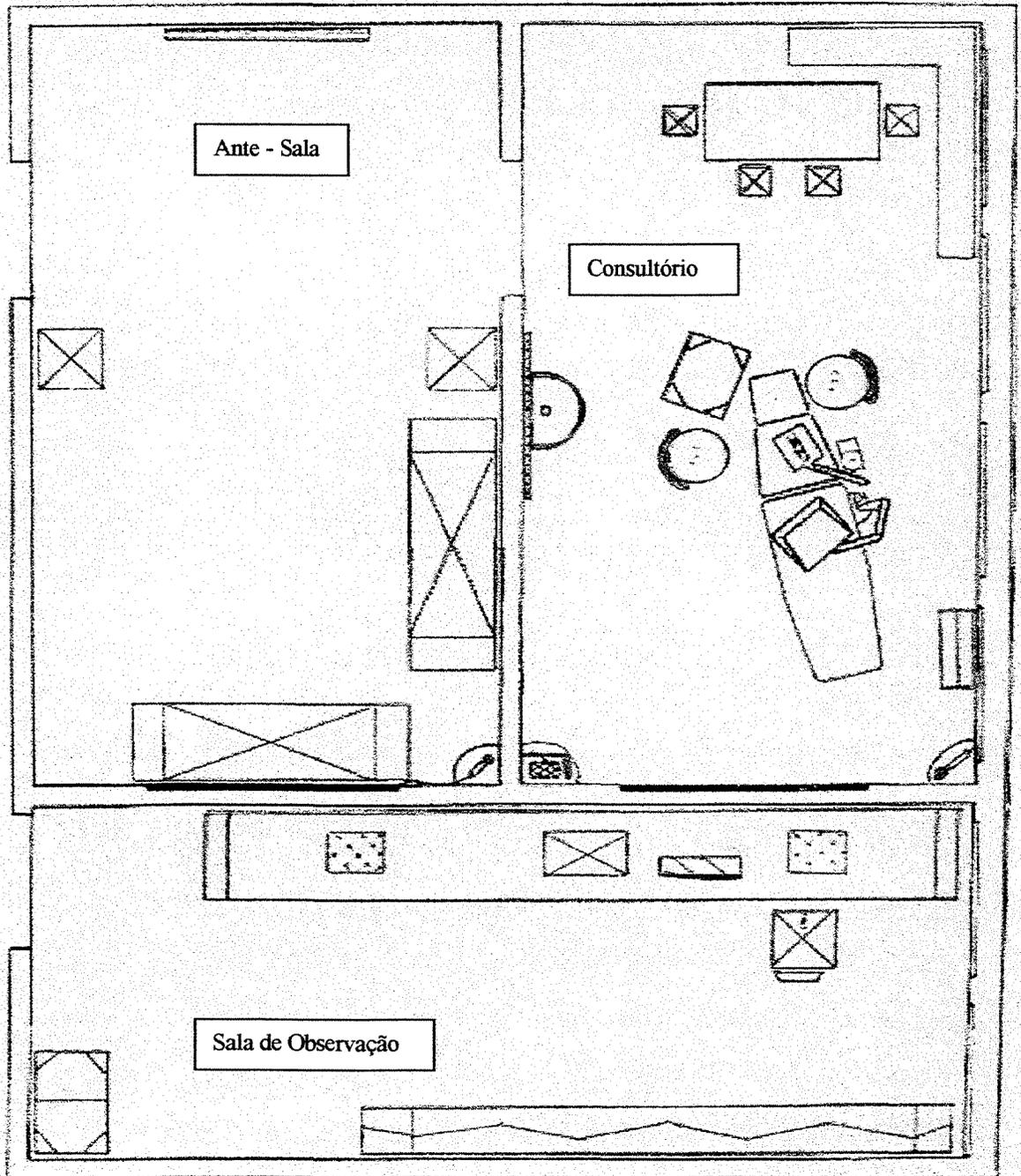
50. NEIDLE, E.A. & YAGIELA, J.A. Farmacologia e terapêutica para dentistas. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1991.
51. OGA, S. & BASILE, A.C. Medicamentos e suas interações. São Paulo, Atheneu, 1994.
52. PIEDALUE, R.J. & MILNES, A. Nonpharmacological techniques help practitioners manage young patients. J Mass Dent Soc, Boston, 43(1): 231-5, 247-51, Winter 1994.
53. PINKHAM, J.R. The roles of requests and promises in child patient management. J Dent Child, Chicago, 60(3): 169-174, May/June 1993.
54. POSSOBON, R.F.; CAETANO, M.E.S.; MORAES, A.B.A. Odontologia para crianças não - colaboradoras: relato de casos. Rev Bras Odontol, Rio de Janeiro, 55(2): 80-3, mar./abr. 1998.
55. POULTON, R. et al. Good teeth, bad teeth and fear of the dentist. Beh Res Ther, Oxford, 35(4): 327-34, Apr. 1997.
56. RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. Farmacologia. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1995.
57. ROBERTS, J.F. How important are techniques? The empathic approach to working with children. J Dent Child, Chicago, 62(1): 38-43, Jan./Feb. 1995.
58. SAMS; D.R. et al. Behavioral assessment of two drug combinations for oral sedation. Pediatr Dent, Chicago, 15(3): 186-90, May/June 1993.

59. SÁNCHEZ, K.A.S. Teste de instrumentos para avaliação do medo, ansiedade e controle de pacientes infantis. Araraquara, 1995. [Tese (Mestrado) - Faculdade de Odontologia de Araraquara, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho].
60. SILVA, S.R.G.; GUEDES-PINTO, A.C.; REGINATO, S.M.; CHIPARI, M. A percepção da criança com relação a Odontopediatria. Um acréscimo da Psicologia a Odontopediatria. Rev Odontopediatr, São Paulo 1(3): 127-55, jul./set. 1992.
61. SIMSEK, S. et al. Classification and premedication of uncooperative children. J Nihon Univ Sch Dent, Tokyo, 35(1): 28-35, Mar. 1993.
62. STARK, L.J. et al. Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. J Appl Beh Anal, Ann Arbor, 22(3): 297-307, Fall 1989.
63. STOKES, T.F. & KENNEDY, S.H. Reducing child uncooperative behavior during dental treatment through modeling and reinforcement. J Appl Beh Anal, Ann Arbor, 13(1): 41-9, Spring 1980.
64. TEN BERGE, M.; VEERKAMP, J.; HOOGSTRATEN, J. Dentists' behavior in response to child dental fear. J Dent Child, Chicago, 66(1): 36-40, Jan./Feb. 1999.
65. TRAPP, LD. Pharmacological management of pain and anxiety. In: STEWART, R.E.; BARBER, T.K.; TROUTMAN, K.C.; WEI, S.H.Y. Pediatric dentistry. Saint Louis, Mosby, 1981. Apud NEIDLE, E.A. & YAGIELA, J.A. Op cit. Ref.

66. WEINSTEIN, P. Integrating behavioral methodologies into Dental Pharmacological Research. Anesth Prog, Wellesley, 33(1): 55-9, Jan./Feb. 1986.
67. WEINSTEIN, P. & NATHAN, J. The challenge of fearful and phobic children. Dent Clin N Am, Philadelphia, 32(4): 667-92, Oct. 1988.
68. WEITEN, W. Psychology applied to modern life. Adjustment in the 80's. Monterey, Brooks Publishing, 1986.
69. YANASE, H.; BRAHAM, O.F.; FUKUTA, O.; KUROSU, K. A study of the sedative effect of home-administered oral diazepam for the dental treatment of children. Int J Paediatr Dent, Oxford, 6(1): 13-7, Mar. 1996.
70. ZANINI, A.C. & OGA, S. Farmacologia aplicada. 5.e.d São Paulo, Atheneu, 1994.

ANEXO 1

Planta do Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA)



ANEXO 2

Informação e Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa

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

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

I. TÍTULO DO TRABALHO

Uso combinado de estratégias comportamentais e farmacológicas no manejo da criança não – colaboradora durante ao atendimento odontológico.

II. JUSTIFICATIVAS

O Centro de Pesquisa e Atendimento Odontológico para Pacientes Especiais (Cepae) é uma unidade de pesquisa e serviço cujo principal objetivo é a promoção da saúde bucal de pacientes especiais por meio de atividades educativas, preventivas e curativas. Todas estas ações são orientadas para a produção de conhecimento científico.

Este Centro funciona desde 1993 e, ao longo deste tempo, muitas das crianças que necessitaram de tratamento curativo, demonstraram comportamentos que dificultaram a atuação do cirurgião - dentista, necessitando do planejamento e da utilização de estratégias especiais de manejo. Algumas vezes, dependendo da severidade do quadro clínico que requer tratamento imediato, e do grau de ansiedade da criança, o uso exclusivo do controle psicológico não permite uma adequada atuação profissional. Nesses casos, o emprego de substâncias farmacológicas, tais como os ansiolíticos, podem auxiliar o cirurgião - dentista,

pois diminuem a ansiedade da criança, permitindo a realização do seu tratamento. Além disso, algumas crianças podem mostrar-se refratárias ao emprego de estratégias psicológicas de manejo de comportamento.

III. OBJETIVOS

Com este trabalho, pretende-se estudar o uso do diazepam associado à estratégias psicológicas de manejo, no controle do comportamento de crianças não - colaboradoras durante o tratamento odontológico, que poderá ser utilizado como estratégia coadjuvante no manejo das crianças atendidas no Cepae. Além disso, a divulgação dos dados desta pesquisa poderá ser importante para que outros profissionais, que se recusam a atender crianças não - colaboradoras, possam realizar o tratamento com segurança. Espera-se que esse medicamento possa reduzir o nível de ansiedade da criança não - colaboradora, como relatado na literatura, permitindo a realização plena do seu tratamento

IV. PROCEDIMENTOS UTILIZADOS NO EXPERIMENTO

O tratamento odontológico será realizado da forma convencional, no Laboratório de Psicologia Aplicada (LPA), uma unidade do Cepae - FOP - UNICAMP. Permanecerão na sala de consulta, durante as sessões de atendimento, o paciente e seu acompanhante (mãe) e dois cirurgiões - dentistas (a pesquisadora e outro cirurgião - dentista pertencente ao quadro de estagiários do Cepae). Na sala de observação ficará um cinegrafista filmando os atendimentos.

Os comportamentos do paciente a serem observados pelo pesquisador serão movimento de cabeça, movimento de corpo, choro ou reclamações, fuga e esquiva.

Além de estratégias psicológicas de manejo, o paciente receberá uma medicação ansiolítica (diazepam via oral - na dosagem de 0,30 mg/Kg de peso, em suspensão e ministrado à criança nas dependências do Cepae, 1 hora antes do início da sessão). Neste período, a criança permanecerá com a mãe na sala de espera do Cepae.

Todas as sessões serão gravadas em vídeo - tape (VT). Estes VTs serão utilizados para realizar o registro dos comportamentos emitidos pelo paciente e pelo profissional, bem como os procedimentos clínicos realizados.

A criança receberá a medicação da segunda à nona sessão de atendimento.

V. DESCONFORTOS E POSSÍVEIS RISCOS

Este trabalho envolve os riscos típicos de um tratamento odontológico normal, além dos possíveis efeitos colaterais da droga. O benzodiazepínico é considerado um grupo de droga segura. Os efeitos colaterais relacionados ao uso deste medicamento são náuseas, vômitos, aumento de apetite e principalmente sonolência. Esta última pode não ser necessariamente um efeito adverso, mas uma resposta desejada e até esperada, pois auxilia no controle do comportamento do paciente. Entretanto, efeitos colaterais que trazem risco ao paciente somente ocorrem quando associados à outras drogas depressoras do sistema nervoso central, como o álcool.

VI. BENEFÍCIOS

Este trabalho terá como ganho, a realização plena do tratamento odontológico nas crianças participantes, assim como a orientação preventiva para a manutenção da saúde bucal. Não trará ônus ao paciente, nem prejuízo de qualquer espécie. Se a criança manifestar efeitos colaterais à droga utilizada, seu uso será imediatamente suspenso e o tratamento será concluído sem o uso do medicamento.

Além disso, profissionais de saúde, não pertencentes ao quadro de estagiários do Cepae, poderão ter acesso aos conhecimentos obtidos com o referido trabalho, pois os resultados, favoráveis ou não, serão tornados públicos em Reuniões e Revistas Científicas.

VII. INFORMAÇÕES

Os pais ou responsáveis pelo paciente terão a garantia de que receberão respostas a quaisquer perguntas e/ou esclarecimentos a respeito de procedimentos, riscos, benefícios e outras dúvidas relacionados ao atendimento e à pesquisa. Toda a equipe assumirá o compromisso de fornecer informações atualizadas obtidas durante o tempo de permanência do paciente no programa. A equipe do Cepae assegurará o sigilo do nome e dados pessoais dos pacientes participantes de sua pesquisa.

VIII. RETIRADA DO CONSENTIMENTO

Os pais têm a liberdade de deixar de participar da pesquisa a qualquer momento e retirar seu consentimento quanto à utilização dos materiais de pesquisa (radiografias, filmes de VT, etc.). A retirada do consentimento deverá ser feita através de um pedido formal encaminhado ao pesquisador responsável pelo projeto.

IX. CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

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

Por ser verdade, firmo o presente.

Data: __ \ \ __

(Nome por extenso)

(Assinatura)

ANEXO 3

Termo de Responsabilidade



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS - UNICAMP
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA - FOP
CENTRO DE PESQUISA E ATENDIMENTO
ODONTOLÓGICO PARA PACIENTES ESPECIAIS - Cepae



Piracicaba, _____ de _____ de 1999. Horário: _____.

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

Não permitir à criança:

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

Nome do paciente: _____

Nome do responsável: _____

Grau de parentesco: _____

Assinatura do responsável: _____

1ª via para Cepae - FOP - UNICAMP.
2ª via para responsável pelo paciente.

Nome: _____ Data: ___/___/___ (___ª sessão: ___ min.) 3

C	Procedimentos												
	Clinicos												
a	Movimento												
	Choro												
	Ç Fuga												
	a Esquiva												
C	Contenção												
	Explicação												
	D Distração												
	Elogio												

C	Procedimentos												
	Clinicos												
a	Movimento												
	Choro												
	Ç Fuga												
	a Esquiva												
C	Contenção												
	Explicação												
	D Distração												
	Elogio												

ANEXO 5

Quadro 1

Quadro 1: Índice de concordância mantido após a revisão, apresentado por sessão e por participante, relativo ao total de intervalos da sessão.

SESSÃO	P. I	P. II	P.III	P. IV	P. V	P. VI
1ª	100	98,2	99	96,3	97,9	100
2ª	100	100	98,7	94,7	100	100
3ª	100	98,6	99	96,7	100	99,9
4ª	100	100	99	98,2	98	100
5ª	98,9	99,1	100	94,9	100	100
6ª	100	98,6	100	95,6	99,3	100
7ª	100	98,4	100	98,4	100	100
8ª	100	98,3	100	99,2	97,1	100
9ª	100	99	99,9	99,5	98,8	100

(P = participante).

Descrição individual das sessões de P-II, P-III, P-IV, P-V e P-VI.



GRUPO A

Neste grupo serão descritos os dados relativos aos participantes II e III.

PARTICIPANTE II

SESSÃO 1:

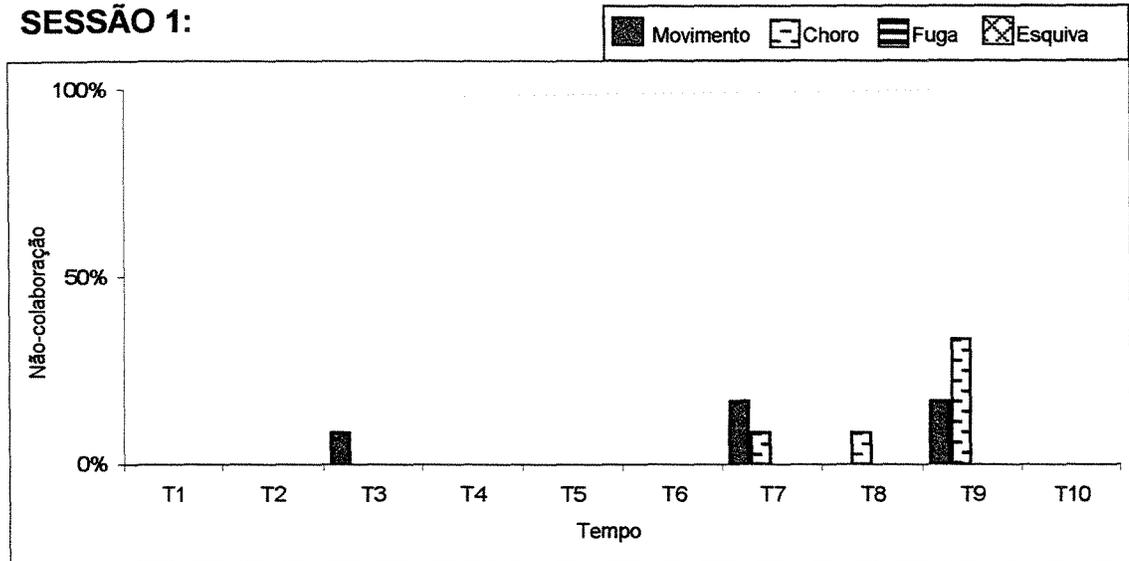


Figura II.1: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 1ª sessão de atendimento do P - II.

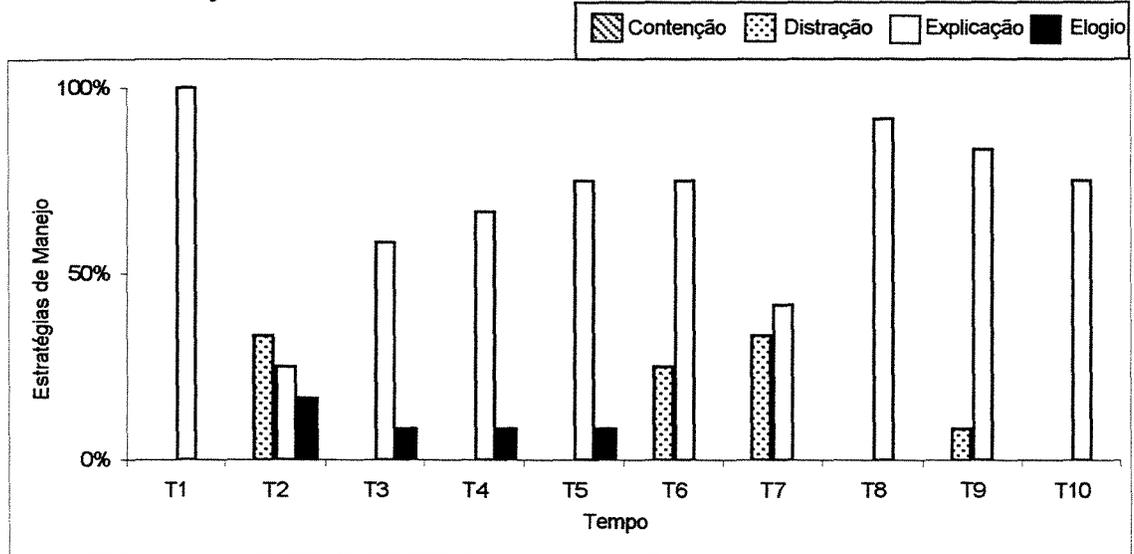


Figura II.2: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 1ª sessão de atendimento do P - II.

Tabela II.1: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos (T) na 1ª sessão de atendimento de P-II, sem medicação.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T2	Entrada
T3	Evidenciação de placa
T4 - T5	Treino de escovação
T6 - T9	Profilaxia e aplicação tópica de flúor
T10*	Saída

* T10 é composto por 4 intervalos de tempo (1 minuto).

A mãe foi a acompanhante da criança em todas as sessões. Não houve problemas de colaboração durante o oferecimento da medicação.

Durante a explicação dos procedimentos planejados para a sessão, a criança mostrou-se muito atenta (Figuras II.1 e II.2: T1 - T2). Em seguida, ela foi levada para a cadeira odontológica, enquanto a dentista conversava distraíndo-a e elogiando-a pelo seu bom comportamento.

Após o exame clínico inicial, foi realizada a evidenciação da placa bacteriana quando a criança mostrou-se colaboradora, exceto por um episódio de movimento de cabeça ao sentir o sabor do corante. A dentista elogiou-a pelo seu comportamento colaborador, pois ela manteve a boca aberta durante todo o tempo da aplicação do corante (Figuras II.1 e II.2: T3). Feita a evidenciação de placa, a criança e sua mãe foram levadas para a pia, e a dentista explicou a técnica de escovação. P-II escovou os dentes em frente ao espelho, orientada e elogiada pela dentista; em seguida, a mãe realizou a escovação. A criança mostrou-se colaboradora durante este procedimento (Figuras II.1 e II.2: T4 - T5).

Terminado o treino de escovação, P-II foi conduzida novamente para a cadeira odontológica, para realização da profilaxia, utilizando a escova de Robson e aplicação tópica de flúor. A dentista explicou todos os passos do procedimento antes e durante a realização do mesmo e tentou distrair a criança, que movimentou-se, chorou e reclamou em alguns momentos, principalmente durante a aplicação tópica de flúor (Figuras II.1 e II.2: T6 - T9).

Parece que a estratégia de explicação e a manipulação pela criança dos equipamentos e instrumentos utilizados, permitiu que ela entendesse que a realização do procedimento não causaria dor ou desconforto.

Durante esta sessão, a criança permaneceu colaboradora praticamente o tempo todo, exceto por alguns movimentos de corpo e cabeça, choro e reclamação (Figuras II.1: T7 - T9). Os movimentos de corpo registrados nesta sessão foram tentativas de interromper o procedimento, quando a criança colocava levemente suas mãos sobre as mãos da dentista. A criança abaixava suas mãos sempre que solicitado. Ao término da sessão, a dentista ofereceu o brinde e convidou a criança para voltar na semana seguinte.

SESSÃO 2:

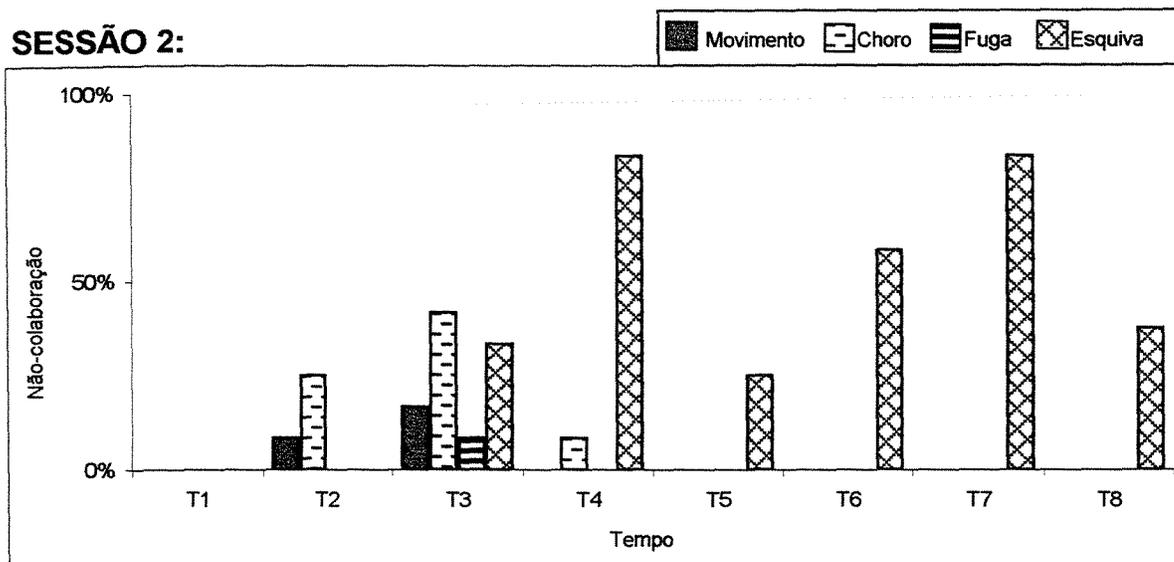


Figura II.3: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não colaboração, na 2ª sessão de atendimento do P - II.

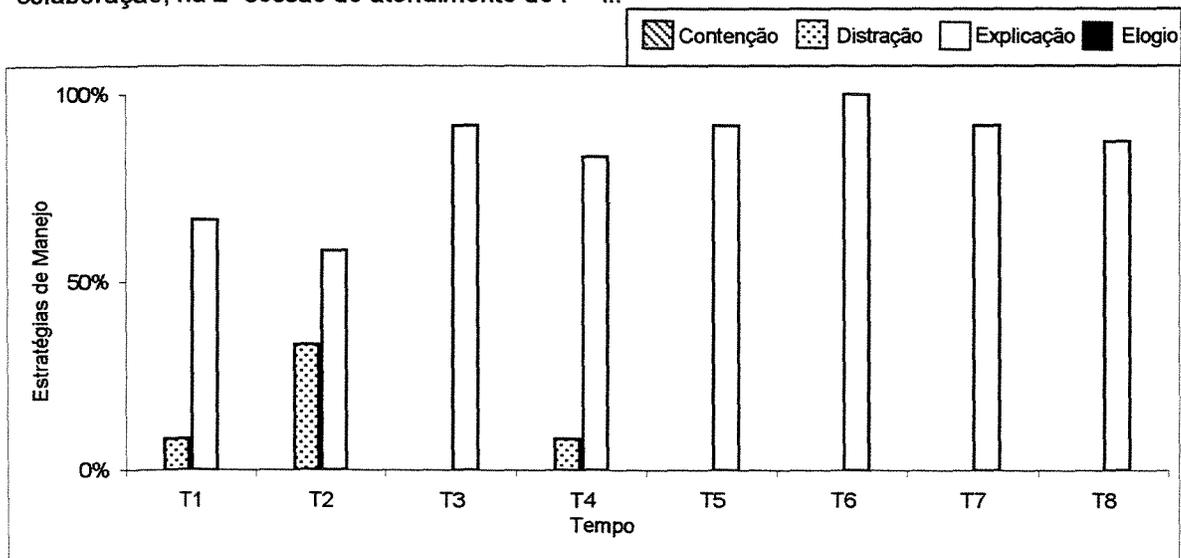


Figura II.4: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 2ª sessão de atendimento do P - II.

Tabela II.2: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 2ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo(T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T8*	Anestésico tópico (parcial)

* T8 é composto por 8 intervalos de tempo (2 minutos)

Nesta sessão, houve colaboração durante o exame clínico e início da aplicação do anestésico tópico (Fig. II.3 e II.4: T1). Durante os procedimentos, a dentista explicou o que seria realizado e utilizou distração (canto e conversa). Assim que a criança sentiu o sabor do anestésico, começou a chorar e sentou-se na cadeira odontológica, não permitindo o término da anestesia (Fig. II.3: T3). A dentista tentou convencê-la a deitar-se, mostrando os instrumentos que seriam utilizados, tal como o sugador de saliva, ao mesmo tempo em que tentou distraí-la, estabelecendo um paralelo entre os instrumentos e o mundo infantil. P-II permaneceu sentada nos pés da cadeira, chorando. O choro era interrompido durante a demonstração dos aparelhos, mas reiniciava quando a dentista solicitava que ela deitasse. Após 18 minutos de tentativa, a dentista avisou que a sessão seria encerrada e que não haveria atividade lúdica ou entrega de brinde pois “não havia sobrado tempo, porque ela não tinha colaborado”. Esta contingência foi lembrada pela dentista em alguns momentos durante a sessão, mas parece não ter influenciado o comportamento da criança. Enquanto ouvia a explicação, P-II tentou descer da cadeira, no que foi impedida pela dentista. Assim que encerrou a sessão, ela desceu da cadeira e foi direto para a mesa de atividade lúdica, mas a dentista explicou que o tempo havia esgotado e que ela teria que aguardar até a próxima sessão para poder brincar. Observando a Figura II.3 vemos que, em aproximadamente 46% do tempo total da sessão, não foram registrados comportamentos de não-colaboração. Porém, nesta sessão nenhum procedimento clínico foi realizado e portanto, não significa que nestes momentos a criança estava permitindo a atuação da dentista. Neste período de tempo a dentista realizava atividades preparatórias para a intervenção ou interrompia a realização do procedimento para dar explicações à criança.

SESSÃO 3:

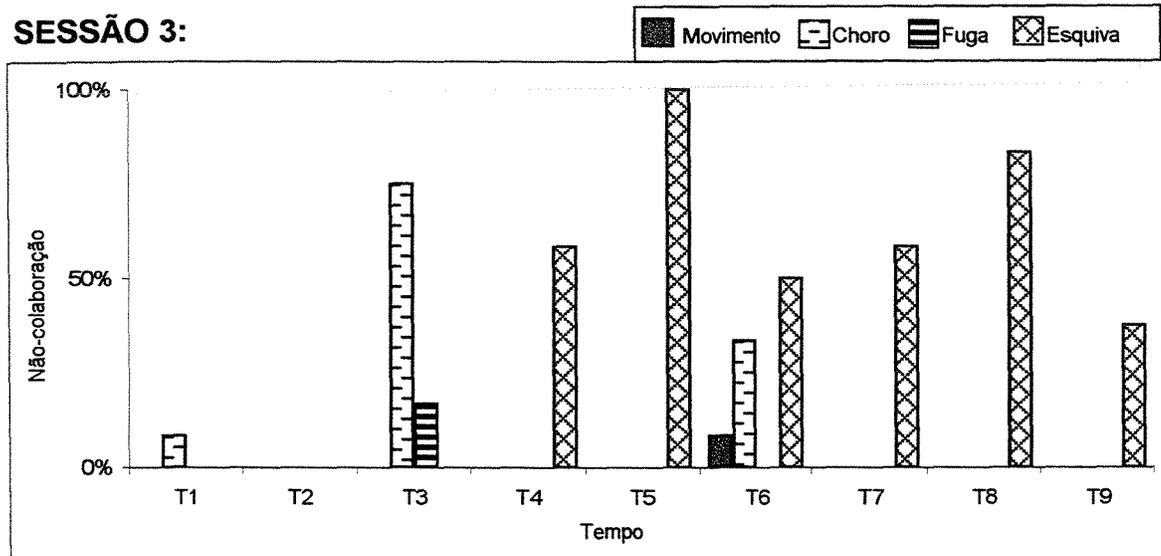


Figura II.5: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 3ª sessão de atendimento do P - II.

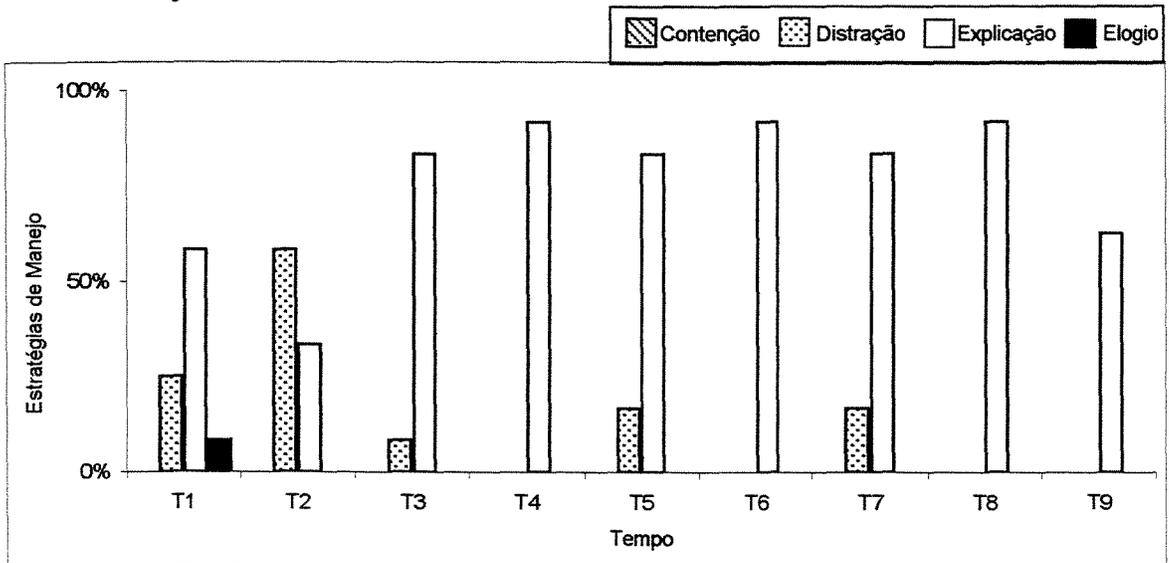


Figura II.6: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 3ª sessão de atendimento do P - II.

Tabela II.3: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 3ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Exame clínico e anestésico tópico
T3 - T9*	Anestésico injetável (parcial)

* T9 é composto por 8 intervalos de tempo (2 minutos)

A criança entrou no consultório e encaminhou-se para a cadeira odontológica, sendo elogiada por deitar-se na cadeira sem a ajuda da dentista (Figuras II.5 e II.6: T1).

Houve colaboração durante a realização do exame clínico e a aplicação do anestésico tópico, embora P-II tenha reclamado assim que sentiu seu sabor (Figuras II.5 e II.6: T1 - T2). Durante a realização destes procedimentos, a dentista distraiu a criança por meio de conversa. Em seguida, a dentista explicou-lhe que iria “fazer seu dente adormecer”. A criança fechou os olhos, a pedido da dentista e esta iniciou a injeção do anestésico. Assim que iniciou a aplicação, P-II começou a chorar interrompendo o procedimento com um movimento brusco de corpo (comportamento de fuga), levantando-se da cadeira e não permitindo a conclusão da injeção (Figura II.5: T3).

Durante os 18 minutos restantes da sessão, P-II permaneceu sentada nos pés da cadeira odontológica, recusando-se a deitar, exceto por um momento em que a dentista entregou-lhe o espelho clínico para que ela pudesse ver os próprios dentes e permitiu-lhe acionar a seringa tríplice, embora ela permanecesse chorando e tenha movimentado a cabeça quando a dentista tentou colocar o ar da seringa tríplice em seus dentes (Figura II.5: T6).

A estratégia de distração foi utilizada em poucos momentos durante esta sessão. A contingência “brincar se colaborar” foi lembrada pela dentista alguns minutos antes de encerrar a sessão, mas a paciente continuou sentada nos pés da cadeira, recusando-se a deitar. A sessão foi encerrada sem atividade lúdica final.

SESSÃO 4:

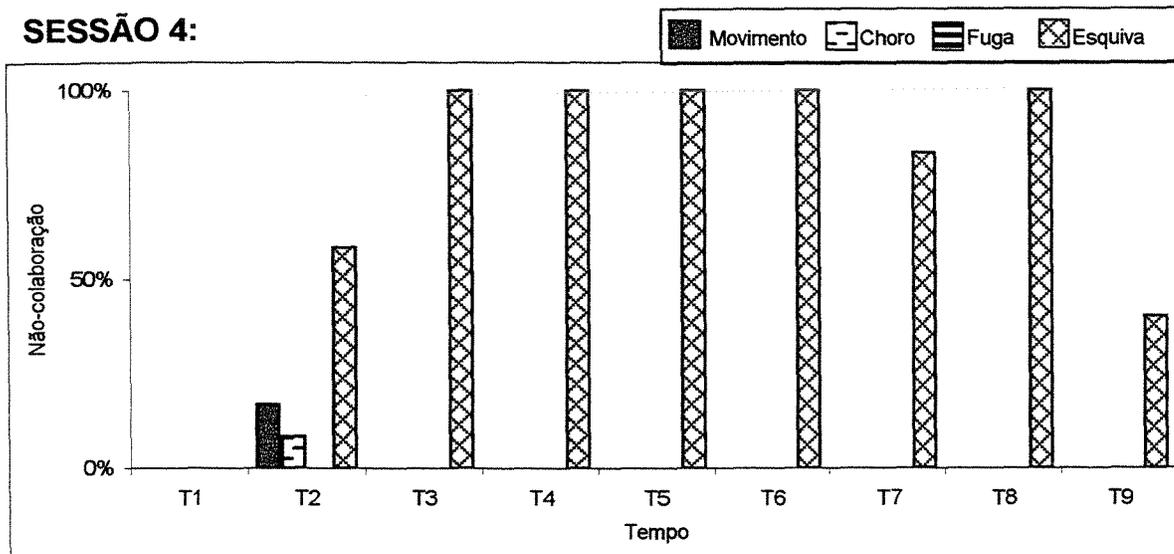


Figura II.7: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não colaboração, na 4ª sessão de atendimento do P - II.

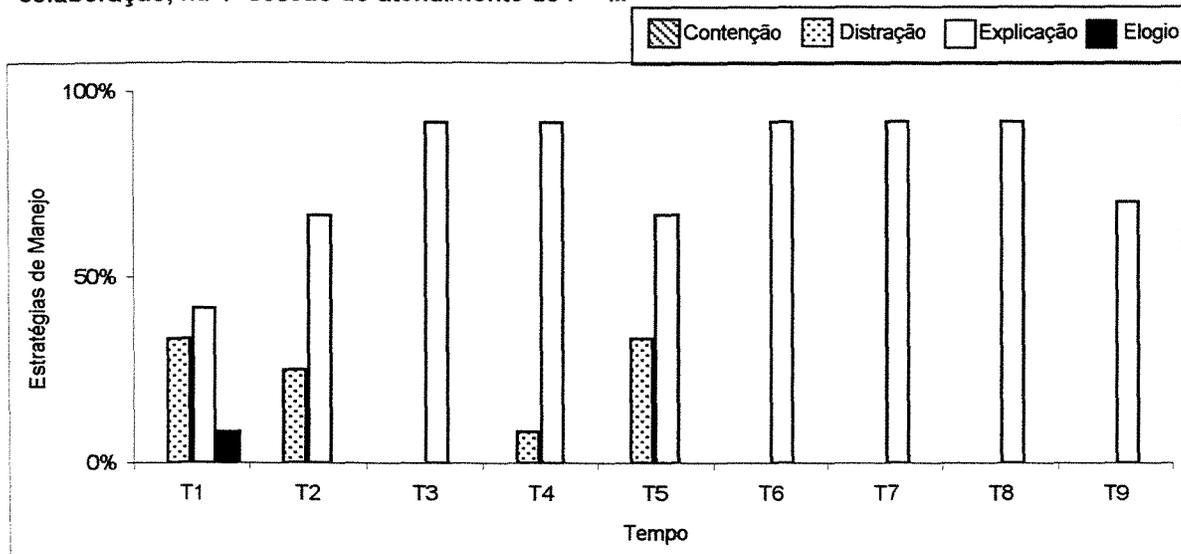


Figura II.8: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 4ª sessão de atendimento do P - II.

Tabela II.4: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 4ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T9*	Anestésico tópico

* T9 é composto por 8 intervalos de tempo (2 minutos)

A dentista levou P-II para a cadeira odontológica, enquanto a distraía e elogiava por deitar-se na cadeira (Figuras II.7 e II.8: T1).

Após paramentar-se, a dentista explicou o procedimento que seria realizado, mas ao iniciar a aplicação do anestésico tópico, a criança sentou-se e tentou descer da cadeira por 2 vezes, no que foi impedida pela dentista, que a deitou novamente, enquanto pedia sua colaboração. P-II ficou, durante todo o tempo restante da sessão, em pé na cadeira, segurando firmemente na haste do refletor, deitando-se somente por 2 minutos, enquanto a dentista examinava seus dentes. Assim que a dentista pegou o anestésico tópico, a criança levantou-se da cadeira e não deitou mais (Figura II.7: T2).

A dentista lembrou-lhe sobre a contingência “brincar se colaborar”, mas ela preferiu ir embora, mesmo sabendo que não haveria atividade lúdica.

Durante esta sessão, a dentista explicou os procedimentos, orientando-a sobre como deveria ser o seu comportamento e a distraiu por meio de conversa, mostrando um brinquedo que estava na mesa, o qual parece não ter despertado o seu interesse. P-II parecia estar sonolenta, pois bocejou várias vezes ao longo da sessão. No entanto, na dose empregada, o medicamento não foi eficaz para auxiliá-la a enfrentar a situação de tratamento. A sessão foi encerrada sem a realização de atividade lúdica.

SESSÃO 5:

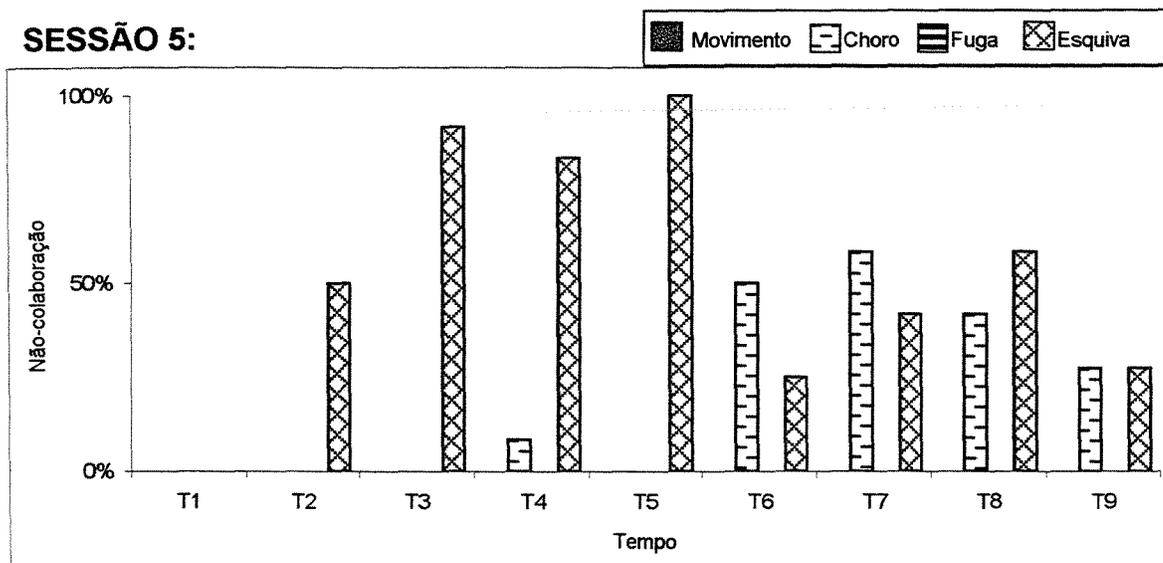


Figura II.9: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 5ª sessão de atendimento do P - II.

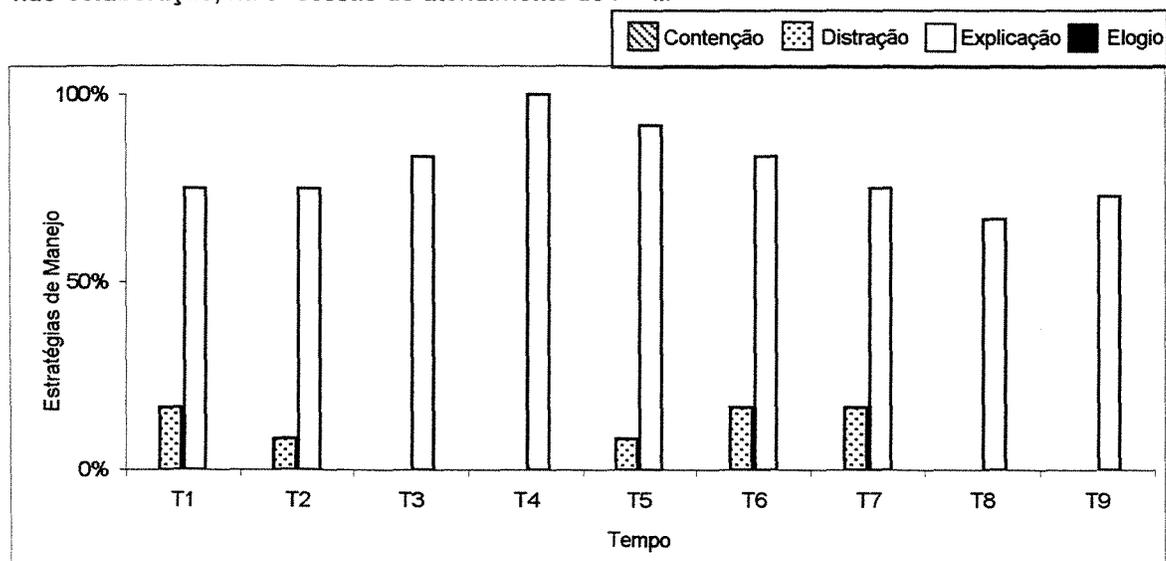


Figura II.10: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 5ª sessão de atendimento do P - II.

Tabela II.5: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 5ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada e exame clínico
T2 - T9	Anestésico tópico

A dentista levou P-II para a cadeira odontológica, distraíndo-a por meio de conversa sobre os brinquedos da mesa de atividade lúdica.

A paciente permaneceu colaboradora durante a realização do exame clínico (Figuras II.9 e II.10: T1). Assim que a dentista iniciou o procedimento de aplicação do anestésico tópico (Figuras II.9 e II.10: T2), ela levantou-se, permanecendo sentada nos pés da cadeira, ora segurando na haste do refletor, ora tentando descer da cadeira. A dentista explicou-lhe sobre a necessidade do tratamento e que a sessão seria rápida, utilizando a distração em alguns momentos em que a paciente demonstrava estar mais calma. Em alguns momentos, a criança deitava-se na cadeira mas permanecia chorando e levantava-se em seguida.

A paciente parecia estar bastante sonolenta e, embora parecesse mais calma do que na sessão anterior, não permitiu a realização de nenhum procedimento. Ao ser lembrada sobre a contingência “brincar se colaborar”, ela parecia interessar-se e parava de chorar, mas quando era convidada a deitar-se novamente, recusava-se e reiniciava o choro. A sessão foi encerrada sem atividade lúdica final.

SESSÃO 6:

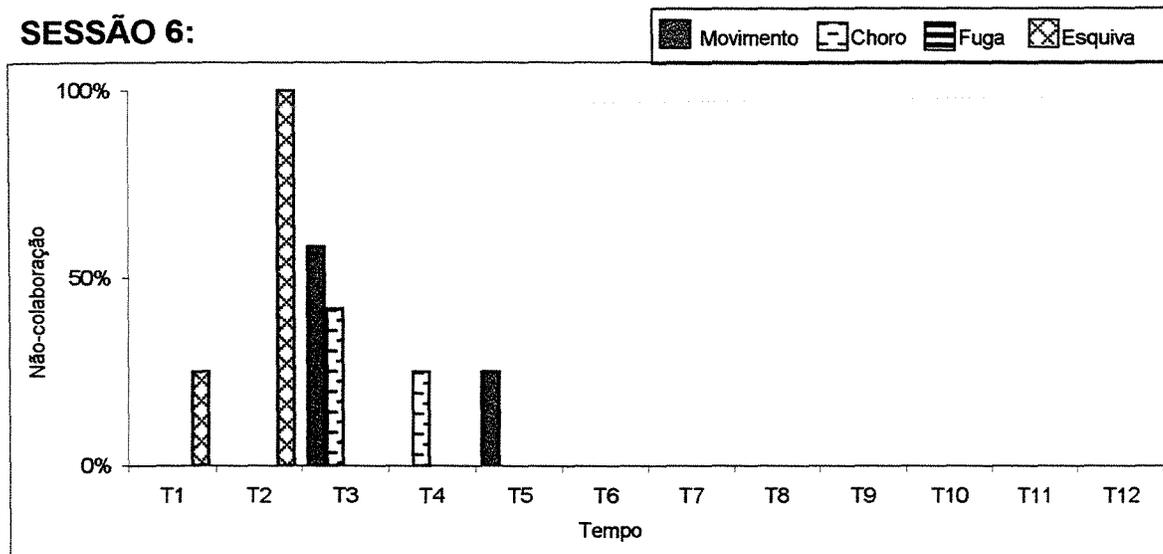


Figura II.11: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 6ª sessão de atendimento do P - II.

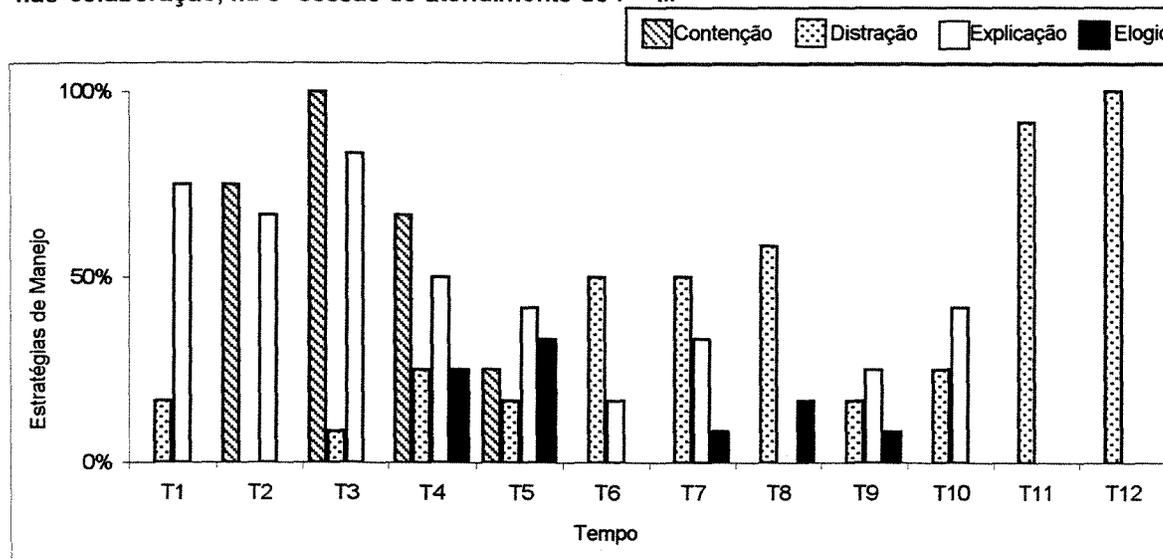


Figura II.12: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 6ª sessão de atendimento do P - II.

Tabela II.6: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 6ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T2	Entrada
T3	Anestésico tópico
T4	Anestésico injetável e isolamento absoluto
T5 - T6	Isolamento absoluto e preparo cavitário
T7 - T9	Restauração
T10 - T12*	Atividade lúdica

*T12: composto por 9 intervalos de tempo (2 minutos e 15 segundos)

A criança entrou no consultório e foi até a mesa de atividade lúdica olhar os brinquedos. A dentista pediu à ela para deitar na cadeira e explicou que seus dentes seriam tratados nesta sessão, pedindo sua colaboração (Figuras II.11 e II.12: T1).

No momento em que a dentista tentou utilizar o abridor de boca, depois de ter-lhe mostrado, deixando-a manipulá-lo, P-II levantou-se da cadeira (Figuras II.11 e II.12: T1). A dentista, ajudada pela mãe e pela auxiliar, recolocou-a deitada, mas o seu comportamento, com movimentos bruscos de corpo e cabeça, impediram a contenção. A dentista colocou a criança em seu colo para acalmá-la, explicando que o tratamento seria realizado mesmo sem a sua colaboração, mas caso ela colaborasse, a sessão seria mais rápida e confortável, pois não necessitaria de contenção. P-II foi recolocada na cadeira, mas como recusava-se deitar, foi contida pela mãe (pernas) e pela segunda auxiliar (braços), enquanto a dentista, contendo os movimentos da cabeça, realizava os procedimentos de anestesia tópica e injetável (Figuras II.11 e II.12: T3 - T4).

Durante a injeção do anestésico, a paciente chorou pouco e não movimentou o corpo, e por isso recebeu elogios por parte da dentista. Terminada a realização destes procedimentos, a paciente parecia estar mais calma e prestava atenção à estratégia de distração utilizada.

Para realizar a instalação do isolamento absoluto, houve necessidade de contenção física por 60 segundos. A partir deste momento, a criança acalmou-se, parou de chorar e não houve mais a necessidade de contenção física até o final da sessão.

Parece que o fato da criança ser obrigada a enfrentar a situação, permitiu à ela perceber que o tratamento não causaria dor e isso ajudou-a a acalmar-se, mesmo não estando sob o efeito do ansiolítico.

A dentista pôde utilizar por mais tempo a estratégia de distração por meio do canto de músicas infantis e elogiou-a pelo seu comportamento. A explicação passou a ser utilizada somente para informar a criança sobre os procedimentos que estavam sendo realizados, prevenindo-a sobre os ruídos e avisando-a sobre o tempo que restava de sessão.

Ao terminar a restauração, o isolamento absoluto foi removido e P-II foi convidada para brincar. Ela parecia satisfeita e brincou por aproximadamente 10 minutos, mostrando-se contente, conversando e rindo com a história lida pela dentista.

A sessão foi encerrada e a dentista explicou que na sessão seguinte ela poderia brincar por mais tempo se colaborasse desde o início. A criança recebeu o brinde e saiu do consultório calma e alegre.

SESSÃO 7:

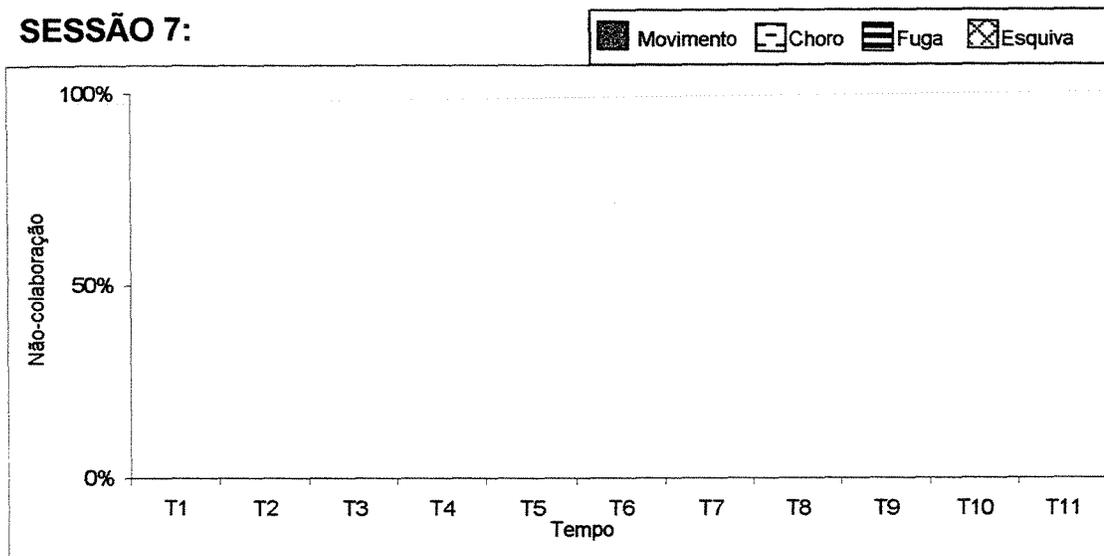


Figura II.13: Freqüência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 7ª sessão de atendimento do P - II.

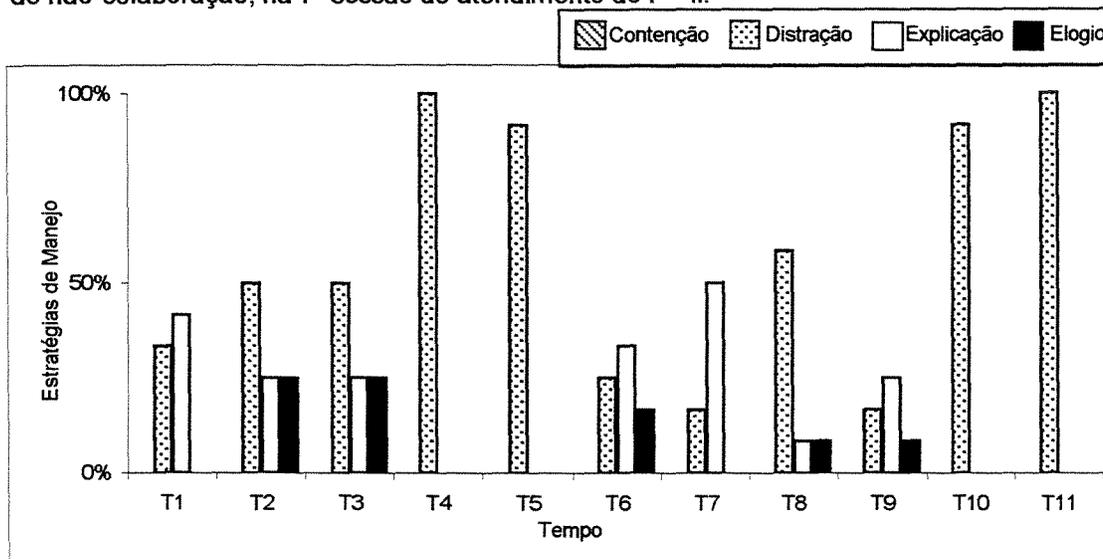


Figura II.14: Freqüência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 7ª sessão de atendimento do P - II.

Tabela II.7: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 7ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada e anestésico tópico
T2 - T3	Anestésico injetável e absoluto
T4 - T5	Preparo cavitário
T6 - T8	Restauração
T9 - T11*	Atividade lúdica

*T11: composto por 8 intervalos de tempo (2 minutos)

A criança permaneceu colaboradora durante toda a sessão, permitindo a realização de todos os procedimentos programados, sem necessidade de contenção física. Por isso, a estratégia de distração (conversa, histórias e músicas infantis cantadas pela dentista) pôde ser utilizada por mais tempo.

Em vários momentos, P-II mostrou-se alegre, rindo em resposta às brincadeiras feitas pela dentista. A criança foi elogiada várias vezes (Figura II.14) e, concluído os procedimentos, ela e a dentista brincaram na mesa de atividade lúdica por um tempo mais longo do que na sessão anterior (Figura II.14: T9 - T11). O comportamento de P-II nesta sessão foi considerado excelente.

SESSÃO 8:

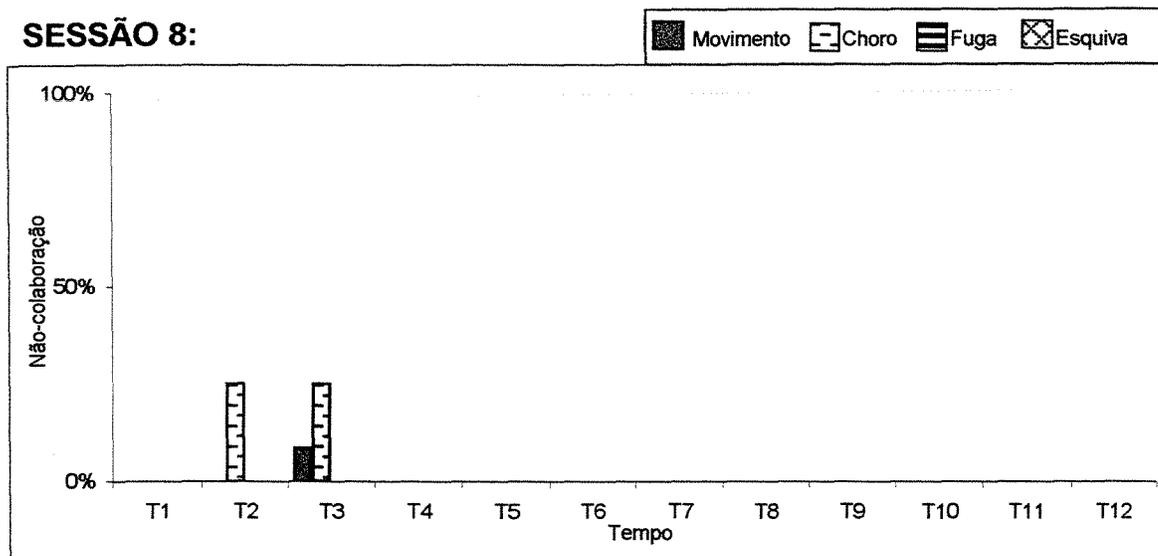


Figura II.15: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 8ª sessão de atendimento do P - II.

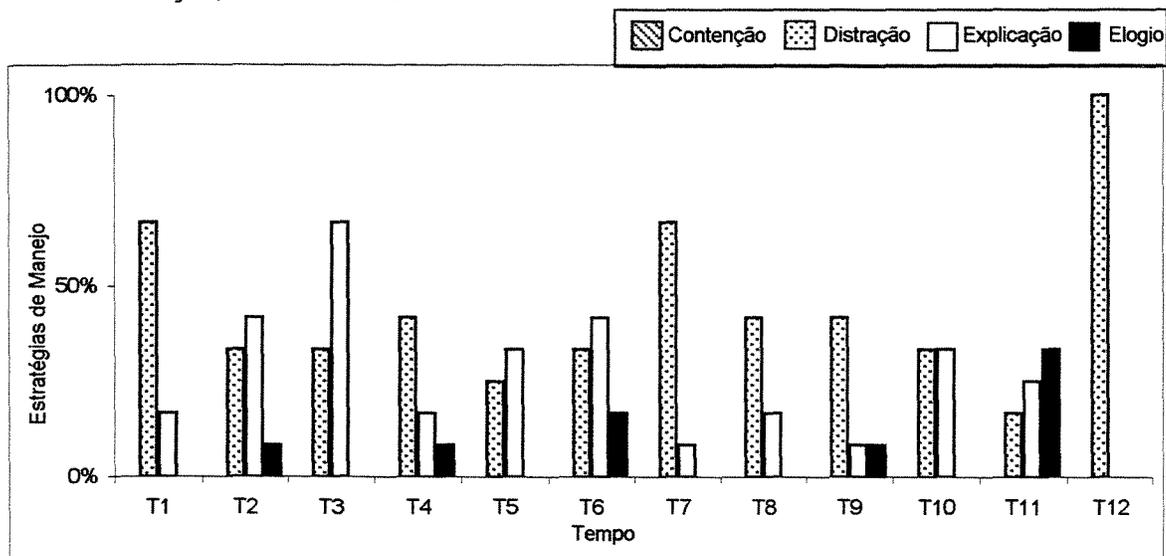


Figura II.16: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 8ª sessão de atendimento do P - II.

Tabela II.8: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 8ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T3	Anestésico tópico e injetável
T4	Isolamento absoluto
T5 - T7	Preparo cavitário
T8 - T11	Restauração
T12*	Atividade lúdica

*T12: composto por 4 intervalos de tempo (1 minuto) A filmagem foi interrompida por motivos técnicos, mas a criança permaneceu brincando por mais 10 minutos.

A paciente esteve colaboradora até o término da aplicação do anestésico tópico, mas durante a aplicação do anestésico injetável, houve choro e movimento de corpo e cabeça, porém sem necessidade de uso da contenção física (Figuras II.15 e II.16: T3). Terminado este procedimento, P-II mostrou-se calma e colaborou durante todo o tempo restante de sessão. A dentista utilizou a estratégia de distração em muitos momentos e a criança correspondeu com sorrisos. Ela foi bastante elogiada pelo seu comportamento e a sessão foi concluída com sucesso, realizando a restauração de um dente sob isolamento absoluto. A atividade lúdica foi registrada apenas durante 1 minuto devido à falha com o equipamento de filmagem, mas esta atividade continuou por mais 10 minutos.

SESSÃO 9:

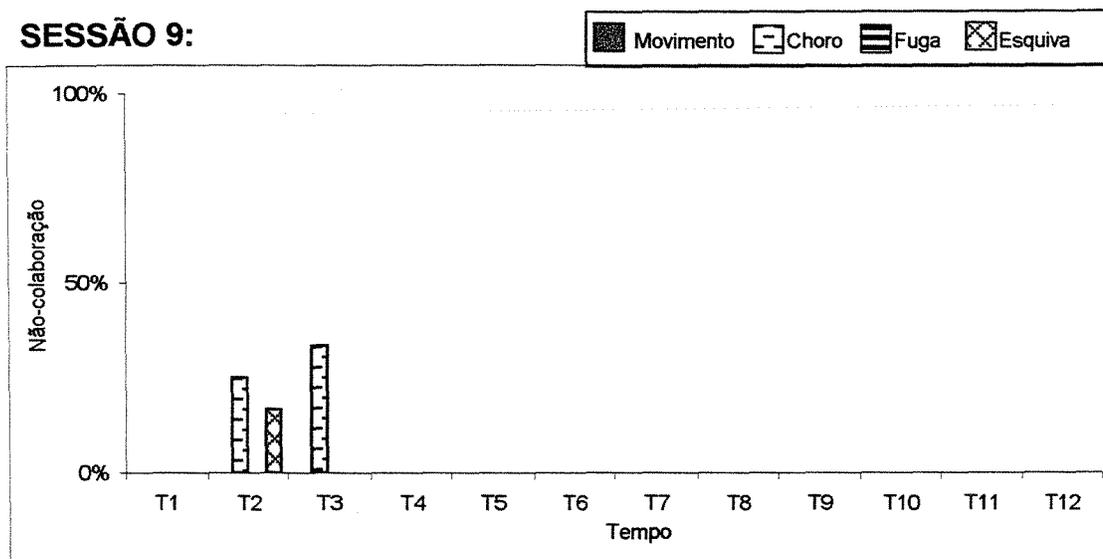


Figura II.17: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 9ª sessão de atendimento do P - II.

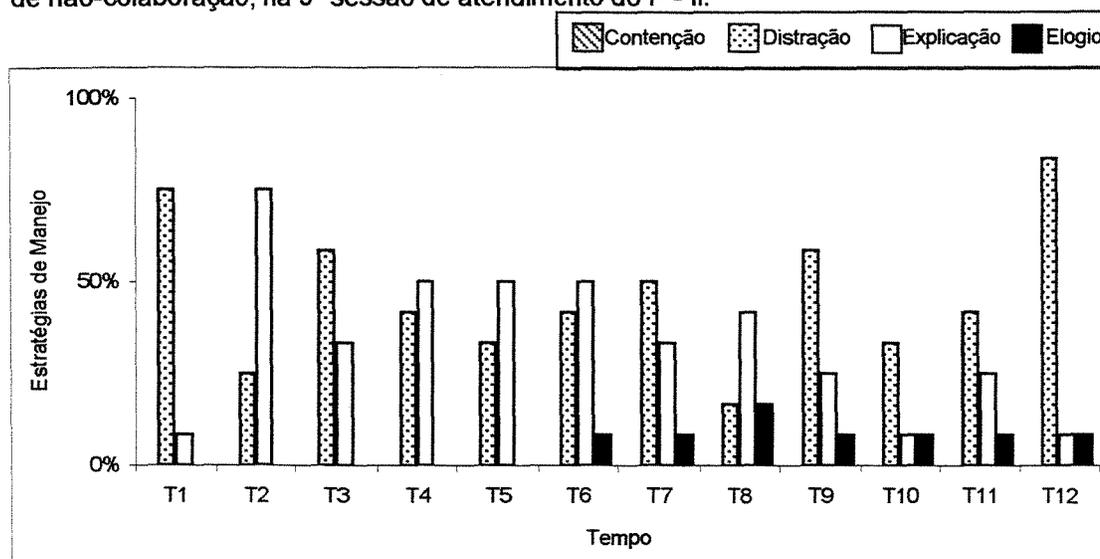


Figura II.18: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 9ª sessão de atendimento do P - II.

Tabela II.9: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 9ª sessão de atendimento de P-II, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada e anestésico tópico
T2 - T3	Anestésico injetável
T4 - T6	Descanso e isolamento absoluto
T7	Preparo cavitário
T8 - T10	Restauração
T11 - T12	Atividade lúdica

A paciente permaneceu colaboradora durante toda a sessão, exceto no início da injeção do anestésico (Figura II.17: T2). Ao ser avisada sobre o procedimento (“agora seu dente vai dormir”), P-II levantou-se da cadeira e, após a dentista tranquilizá-la, deitou-se permanecendo chorando apenas no início da aplicação, sem necessidade de contenção física (Figura II.17: T3). A dentista utilizou as estratégias de distração, explicação e elogio durante toda a sessão. O tratamento foi concluído com sucesso e ela participou da atividade lúdica (Figura II.18).

PARTICIPANTE III

SESSÃO 1:

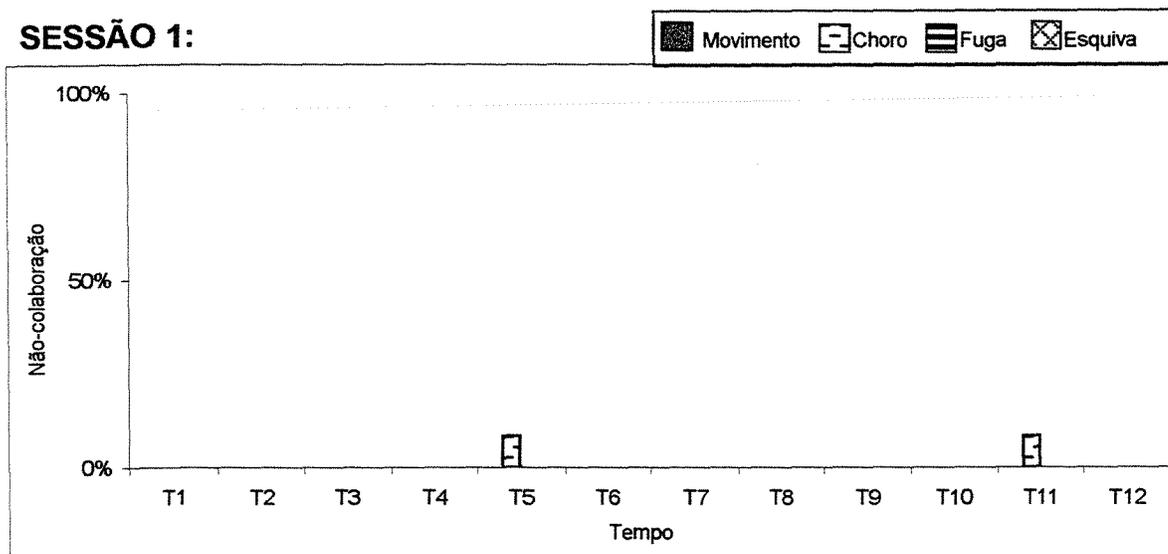


Figura III.1: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 1ª sessão de atendimento do P - III.

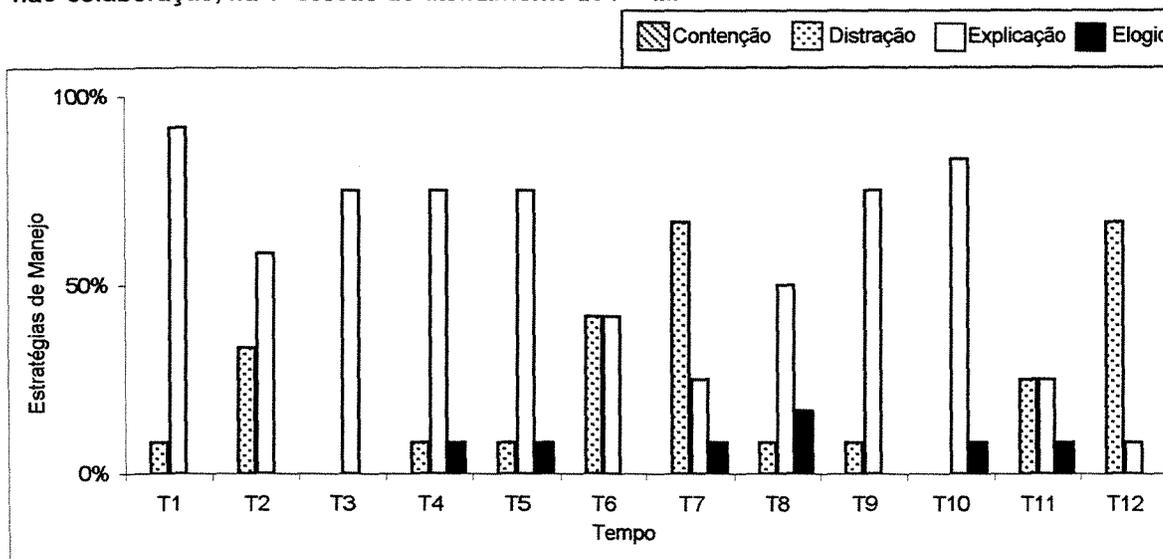


Figura III.2: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 1ª sessão de atendimento do P - III.

Tabela III.1: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 1ª sessão de atendimento de P-III, sem medicação.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T2	Entrada
T3	Evidenciação de placa
T4 - T5	Treino de escovação
T6 - T11	Profilaxia e aplicação tópica de flúor
T11* - T12	Atividade lúdica

* A atividade lúdica foi iniciada na metade do T11.

A criança foi acompanhada pela mãe durante todas as sessões de tratamento, exceto na 8ª sessão, quando a criança preferiu que a avó materna entrasse no consultório enquanto sua mãe aguardava na sala de espera. A medicação oferecida foi bem aceita pela criança em todas as sessões.

O tratamento odontológico deste paciente foi interrompido após a 4ª sessão de atendimento e retomado 3 semanas mais tarde devido a problemas de saúde do paciente (apresentou um quadro de gripe muito forte) e problemas particulares dos pais.

No início da sessão, durante a explicação dos procedimentos que seriam realizados, P-III mostrou-se atento, fazendo perguntas e conversando com a dentista. Esta levou-o para a cadeira odontológica e iniciou a sessão, utilizando as estratégias de distração, elogio e principalmente explicação. Durante toda a sessão, a criança mostrou-se colaboradora, exceto em um momento em que reclamou quando a mãe iniciou a escovação, como parte do treino de escovação realizado com todos os participantes (Figura III.1: T5).

P-III apresentou náusea e reclamou durante a realização da aplicação tópica de flúor (Figura III.1: T11). Ocorreram vários episódios de náusea nesta sessão enquanto seus dentes estavam sendo lavados com a água da seringa tríplice. Segundo relato da mãe, a criança apresentava muita náusea durante a escovação em casa e enjoão de movimento.

A sessão foi concluída com sucesso e a criança foi levada à mesa de atividade lúdica novamente, pois a dentista havia prometido que brincariam no final. Após receber o brinde, ela deixou o consultório demonstrando estar alegre.

SESSÃO 2:

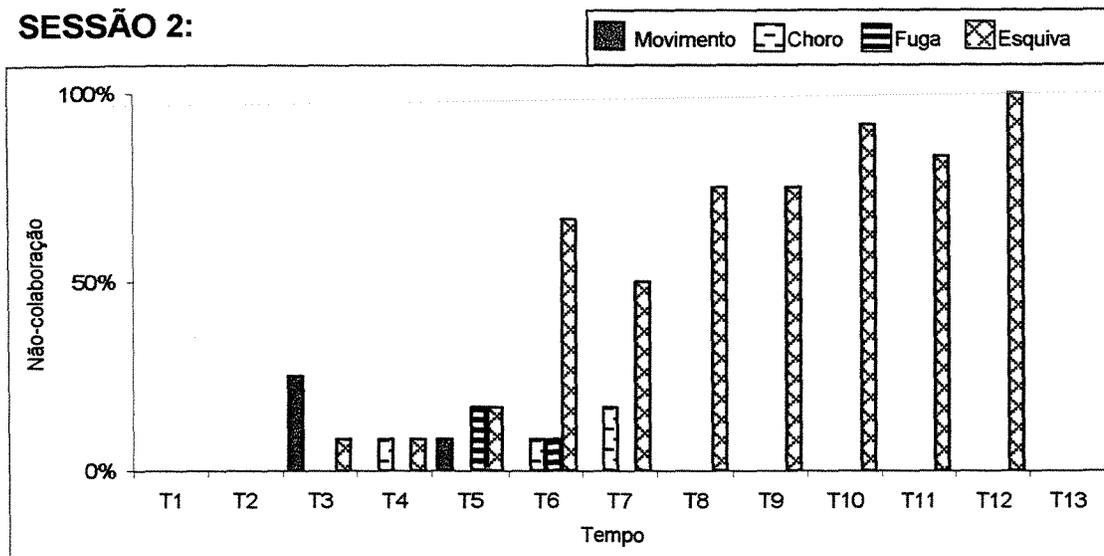


Figura III.3: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 2ª sessão de atendimento do P - III.

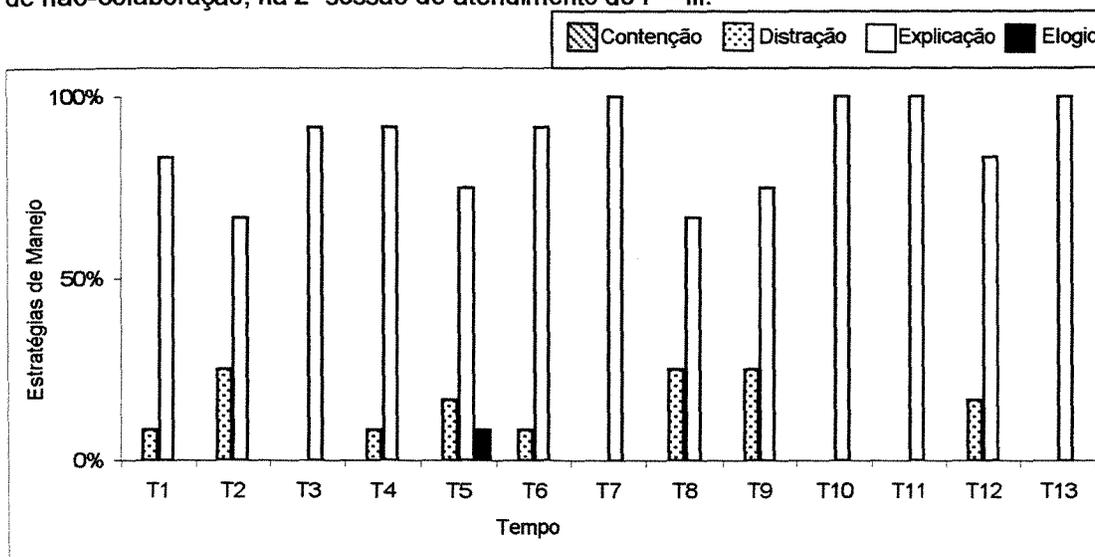


Figura III.4: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 2ª sessão de atendimento do P - III.

Tabela III.2: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 2ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Anestésico tópico
T3 - T13*	Anestésico injetável

* T13: composto por 7 intervalos de tempo (1 minuto e 45 segundos)

Enquanto paramentava-se, a dentista explicou ao paciente os procedimentos que seriam realizados. P-III foi colaborador durante a aplicação do anestésico tópico (Figura III.3: T2). Antes de iniciar a injeção da anestesia, a criança moveu sua cabeça e pediu para ver a seringa (Figura III.3: T3). A dentista mostrou uma bisnaga de resina, explicando que dali sairia um líquido para fazer o seu dente dormir e tentou reiniciar o procedimento, mas a criança insistia em ver todos os instrumentais que estavam sobre a bandeja. Após algumas explicações, a dentista iniciou a injeção do anestésico, mas a criança interrompeu com um movimento brusco de corpo (Figura III.3: T5). A partir deste momento, ela não permitiu que a dentista realizasse nenhum procedimento, permanecendo ora sentada na cadeira e chorando, ora deitada sem chorar, mas com as mãos sobre a boca ou fazendo sinal negativo com o dedo, enquanto sorria para a dentista.

A dentista insistiu para que P-III colaborasse durante cerca de 35 minutos, porque em muitos momentos parecia que ele queria que o tratamento fosse realizado. O choro era baixo e acompanhado por respiração ofegante, mas ele não mostrava-se agressivo. Ao terminar a sessão, mesmo sabendo que não participaria da atividade lúdica ou receberia o brinde, saiu tranquilo e despediu-se da dentista com um sorriso.

SESSÃO 3:

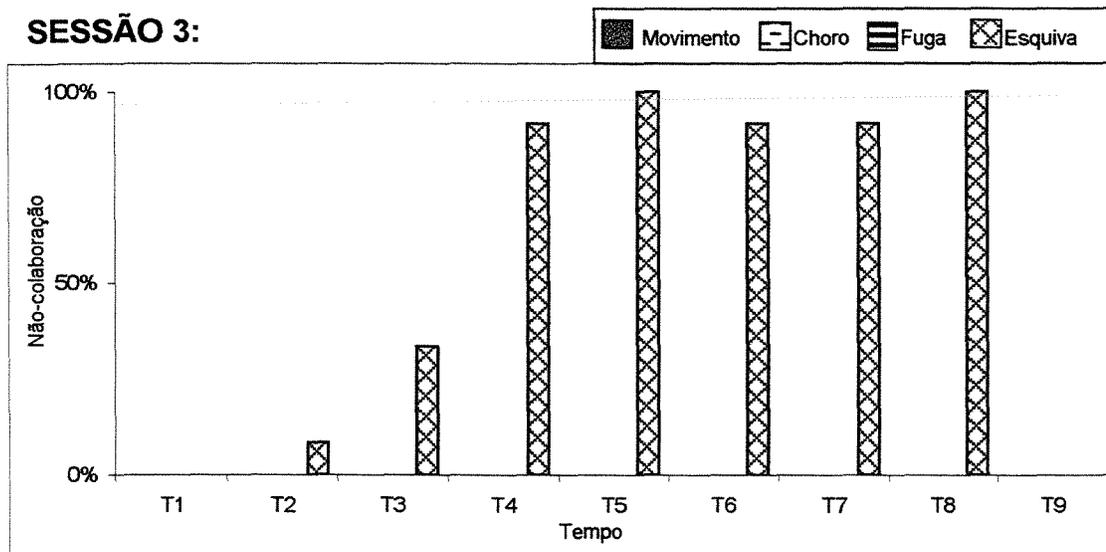


Figura III.5: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 3ª sessão de atendimento do P - III.

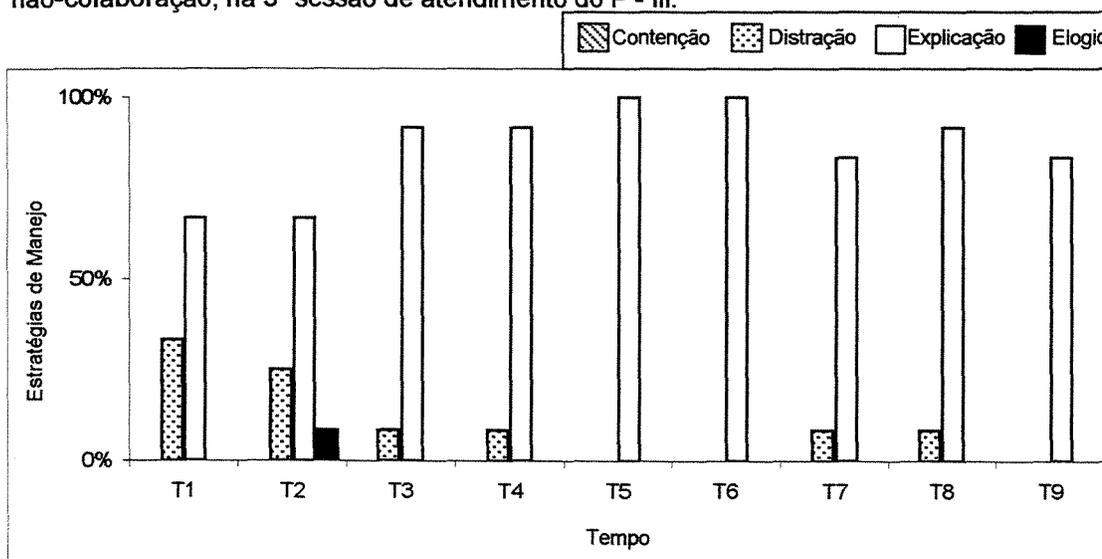


Figura III.6: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 3ª sessão de atendimento do P - III.

Tabela III.3: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 3ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Anestésico tópico
T3 - T9*	Anestésico injetável

*T9: composto por 6 intervalos de tempo (1 minuto e 30 segundos)

A criança mostrou-se colaboradora durante a aplicação do anestésico tópico, tendo interrompido o procedimento devido à náusea, mas permitido seu término logo em seguida, pelo que foi elogiada (Figuras III.5 e III.6: T2). Porém, não permitiu a injeção da anestesia e, embora não chorasse e mostrasse mais tranquilidade do que na sessão anterior, manteve uma mão sobre a boca e a outra fazendo sinal negativo, enquanto ouvia as explicações da dentista. A dentista avisou-o, mostrando o seu relógio, que caso ele não permitisse a realização do tratamento por mais alguns minutos, a sessão seria encerrada e não haveria atividade lúdica. P-III permaneceu não - colaborador e a sessão foi encerrada.

Ao chegar para a sessão, a mãe relatou que a criança tinha dito à sua avó que, caso ela não permitisse a atuação da dentista, permanecendo com as mãos sobre a boca, o tempo passaria e ela poderia ir embora sem tratar, fazendo alusão à sessão anterior, em que a dentista mostrou seu relógio, avisando sobre o tempo que restava de sessão.

Após mostrar os brinquedos, estabelecendo a contingência, a dentista iniciou a aplicação do anestésico tópico. Este procedimento demorou aproximadamente 6 minutos, pois a dentista precisava interromper a aplicação para usar o sugador porque o acúmulo de saliva provocava náuseas. Nestes momentos, precisava convencer P-III a permitir o reinício do procedimento (Figuras III.7 e III.8: T2 - T3). A criança não permitiu a realização da anestesia injetável, mantendo suas mãos sobre a boca e virando-se de lado na cadeira.

Nesta sessão, em que a medicação utilizada foi o diazepam, P-III apresentou o mesmo padrão de comportamento das sessões anteriores, nas quais recebeu placebo, mostrando que, na dose utilizada, o medicamento não foi eficaz para controlar os comportamentos da criança, nem tampouco as estratégias comportamentais. A sessão foi encerrada sem atividade lúdica final.

SESSÃO 5:

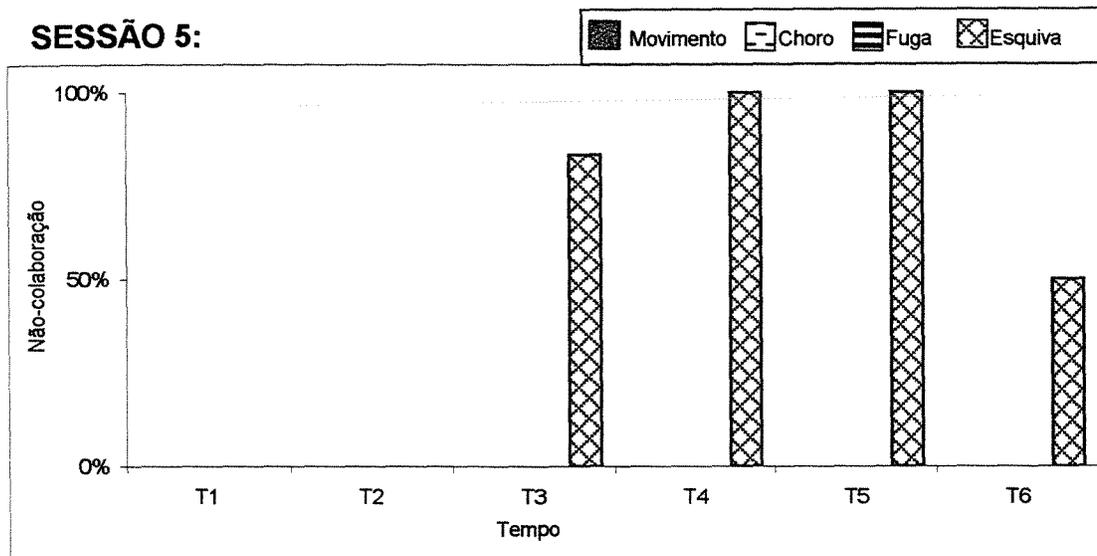


Figura III.9: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 5ª sessão de atendimento do P - III.

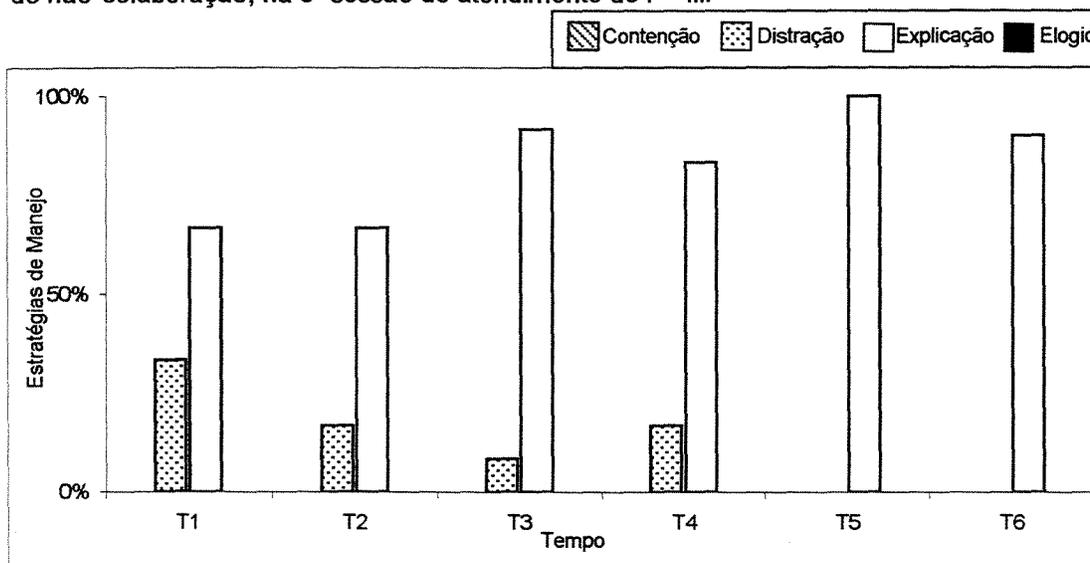


Figura III.10: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 5ª sessão de atendimento do P - III.

Tabela III.5: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 5ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Anestésico tópico
T3 - T6*	Anestésico injetável

* T6: composto por 10 intervalos de tempo (2 minutos e 30 segundos)

Esta sessão ocorreu 4 semanas após a anterior devido aos seguintes motivos relatados pela mãe: na primeira semana a criança recusou-se a ir para a sessão, dizendo que estava muito triste porque não tinha brincado ou ganhado o brinde; na segunda e terceira, a criança esteve gripada e com febre alta; na quarta semana, a mãe teve problemas pessoais, pois estava separando-se judicialmente do marido.

Nesta sessão, P-III permaneceu colaborador durante a aplicação da anestesia tópica (Figura III.9: T2). Os comportamentos de esquiva (mãos sobre a boca e sinal negativo com os dedos) começaram assim que a dentista tentou iniciar a injeção da anestesia (Figura III.9: T3). O medicamento (diazepam) parece não ter influenciado seu comportamento. A sessão foi novamente encerrada sem atividade lúdica final ou entrega de brinde.

SESSÃO 6:

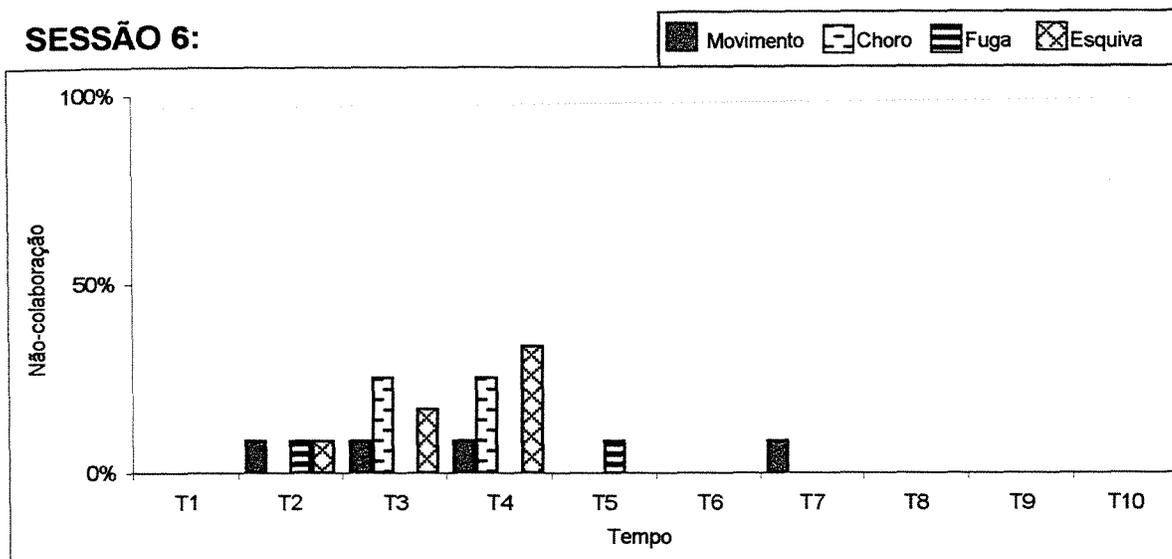


Figura III.11: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 6ª sessão de atendimento do P - III.

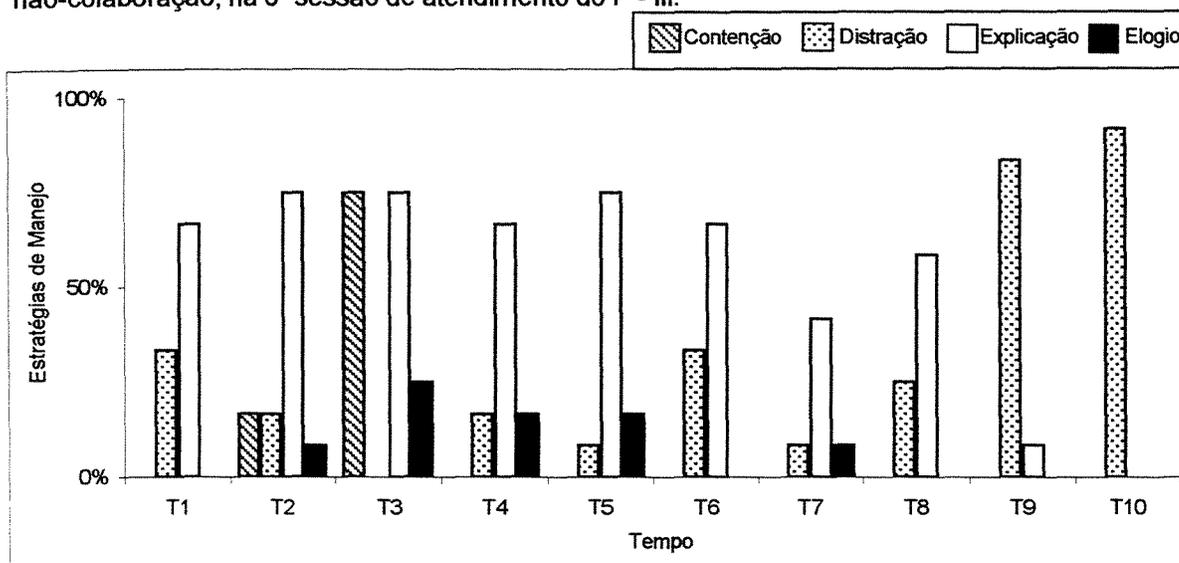


Figura III.12: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 6ª sessão de atendimento do P - III.

Tabela III.6: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 6ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T4	Anestésico tópico e injetável
T5	Isolamento absoluto
T6	Preparo cavitário
T7 - T8	Restauração
T9 - T10	Atividade lúdica

A dentista explicou os procedimentos que seriam realizados na sessão e iniciou a aplicação do anestésico tópico com a colaboração de P-III. Porém, ao iniciar a injeção da anestesia, a criança começou a chorar e mover-se na cadeira até interromper o procedimento (Figura III.11: T2). A dentista, ajudada pela mãe e pela auxiliar, conteve seus movimentos ao mesmo tempo em que explicava o procedimento e terminou a injeção (Figuras III.11 e III.12: T2 - T3). P-III foi elogiado durante a aplicação da anestesia, pois iniciada a contenção, os movimentos e o choro cessaram, permitindo a conclusão do procedimento.

Durante a instalação do isolamento absoluto, a criança interrompeu o procedimento com um movimento brusco de cabeça, mas permitiu seu término e por isso foi elogiada (Figuras III.11 e III.12: T5). A sessão transcorreu com P-III colaborando, necessitando de contenção somente durante a injeção anestésica e foi concluída com a realização de uma restauração. Ele participou da atividade lúdica, recebeu o brinde e saiu do consultório parecendo satisfeito.

SESSÃO 7:

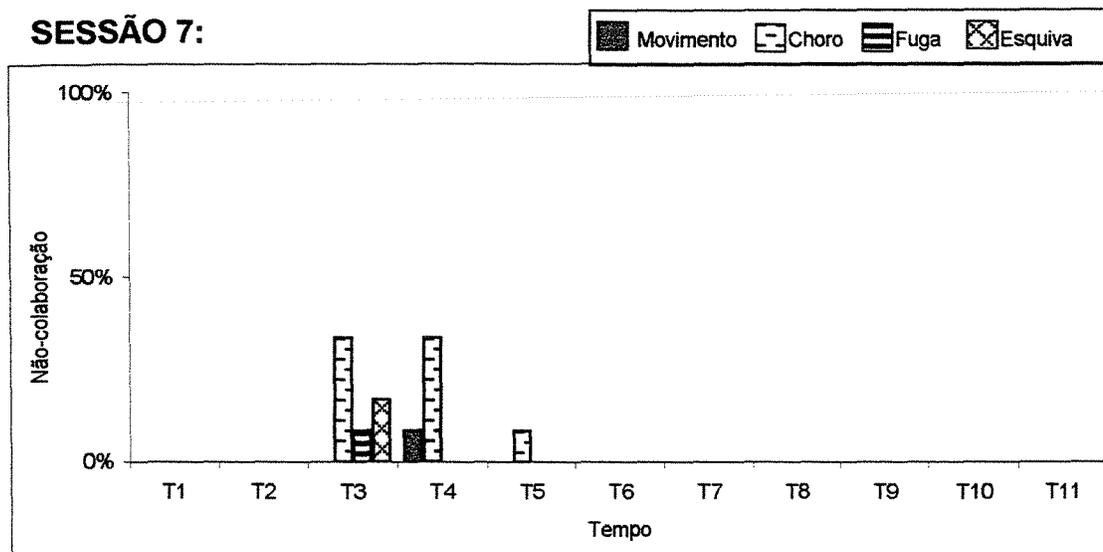


Figura III.13: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 7ª sessão de atendimento do P - III.

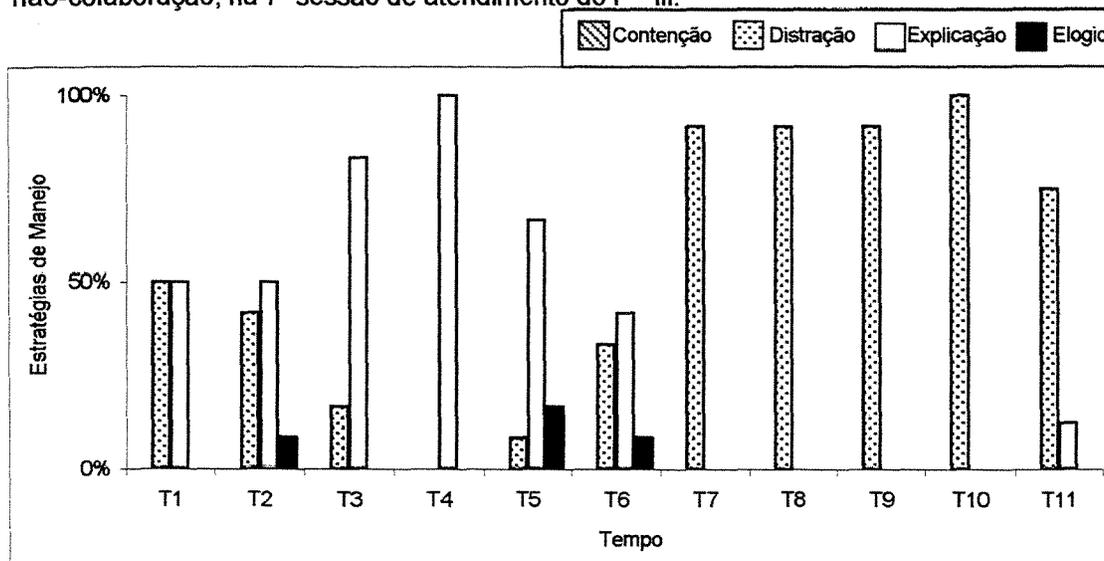


Figura III.14: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 7ª sessão de atendimento do P - III.

Tabela III.7: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 7ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Anestésico tópico
T3 - T4	Anestésico injetável
T5 - T6	Isolamento absoluto e preparo cavitário
T7 - T8	Restauração
T9 - T11*	Atividade lúdica

*T11: composto por 8 intervalos de tempo (2 minutos)

A mãe relatou que, pela primeira vez, o filho veio muito animado para a sessão. P-III não necessitou de contenção física para a realização dos procedimentos e permaneceu colaborador durante quase todo o tempo, exceto durante a anestesia injetável em que interrompeu o procedimento, chorou, moveu-se na cadeira e tentou impedir que a dentista reiniciasse (Figura III.13: T3 - T4). Apesar destes comportamentos, a anestesia foi feita e a sessão concluída com a realização de uma restauração sob isolamento absoluto e utilização de alta e baixa - rotação. A estratégia de distração pôde ser utilizada com maior frequência e a sessão foi encerrada com a realização da atividade lúdica e entrega do brinde.

SESSÃO 8:

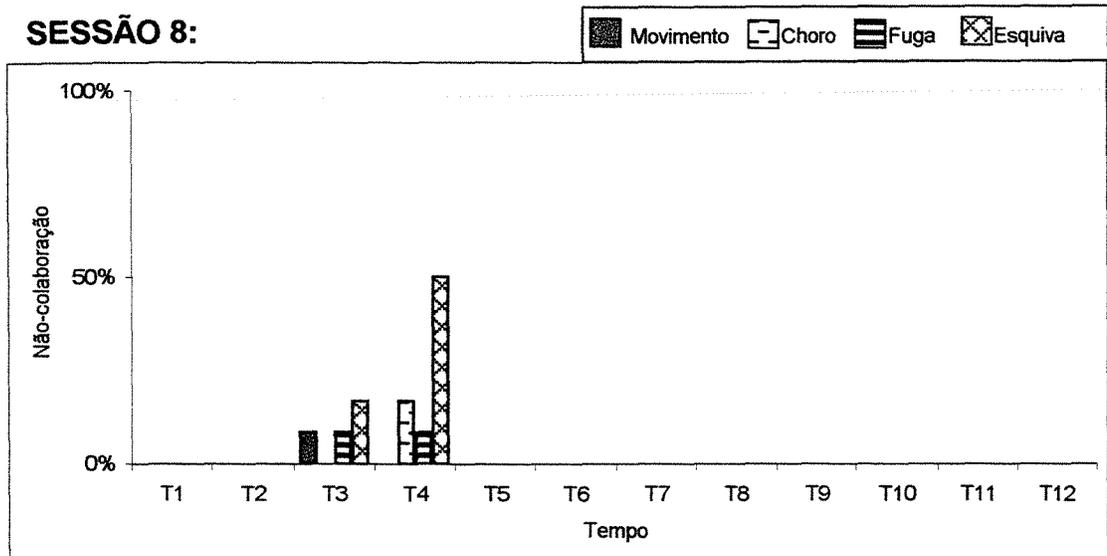


Figura III.15: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 8ª sessão de atendimento do P - III.

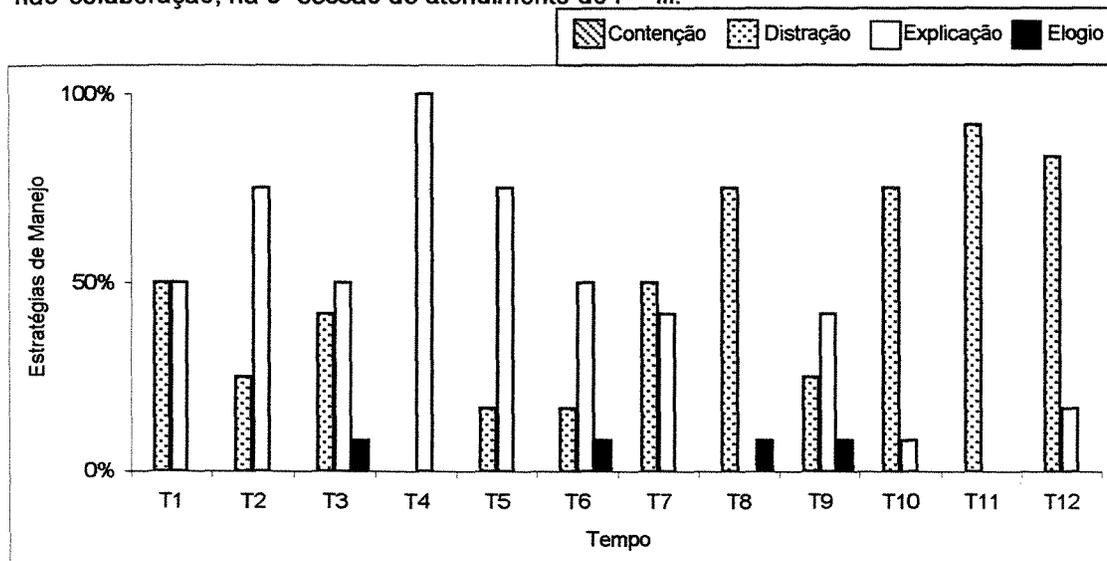


Figura III.16: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 8ª sessão de atendimento do P - III.

Tabela III.8: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 8ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Anestésico tópico
T3 - T4	Anestésico injetável
T5 - T6	Isolamento absoluto e preparo cavitário
T7 - T9	Restauração
T10 - T12	Atividade lúdica

Nesta sessão, houve emissão de comportamentos de não - colaboração somente durante o procedimento de anestesia injetável (Figura III.15: T3 - T4). Mesmo apresentando choro, movimentos de corpo e interrompendo por duas vezes, o procedimento foi realizado sem contenção física. A auxiliar permaneceu com as mãos ao lado da cabeça da criança, sem tocá-la, preparada para realizar a contenção no caso de algum movimento que pudesse causar ferimento. O padrão de comportamento emitido nesta sessão, em que a medicação ansiolítica foi utilizada, foi muito semelhante ao emitido na sessão anterior, na qual a criança recebeu o placebo. Este fato sugere que, na dose utilizada, a droga não foi eficaz para controlar os comportamentos deste participante. Após a realização de uma restauração, a criança foi levada à mesa de atividade lúdica onde brincou com a dentista por aproximadamente 12 minutos. A estratégia de distração foi bastante utilizada, embora com menor frequência que a explicação.

SESSÃO 9:

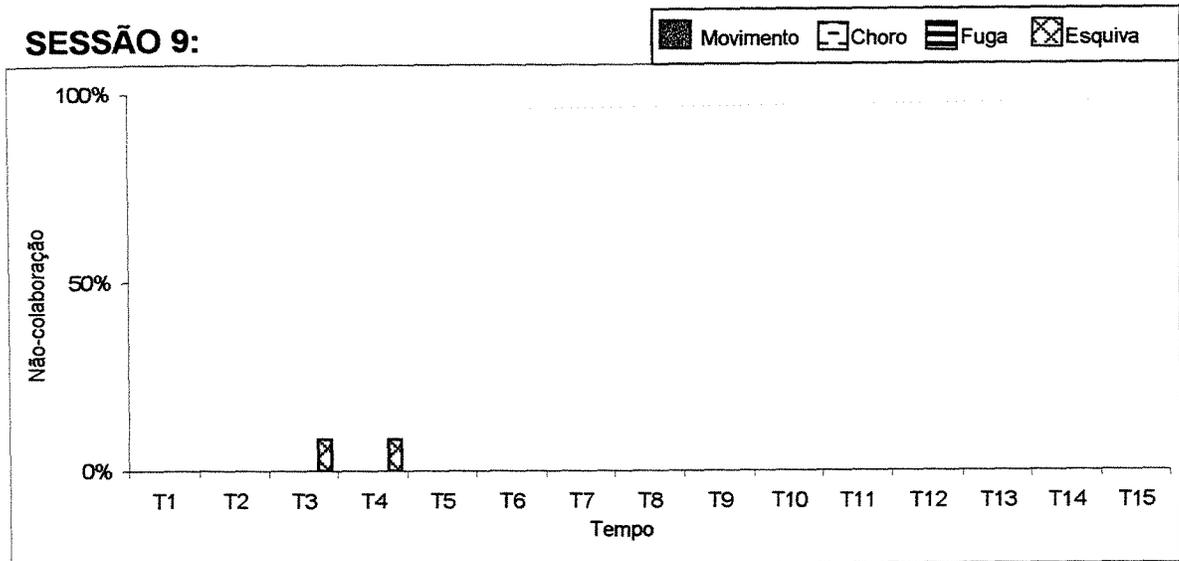


Figura III.17: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 9ª sessão de atendimento do P - III.

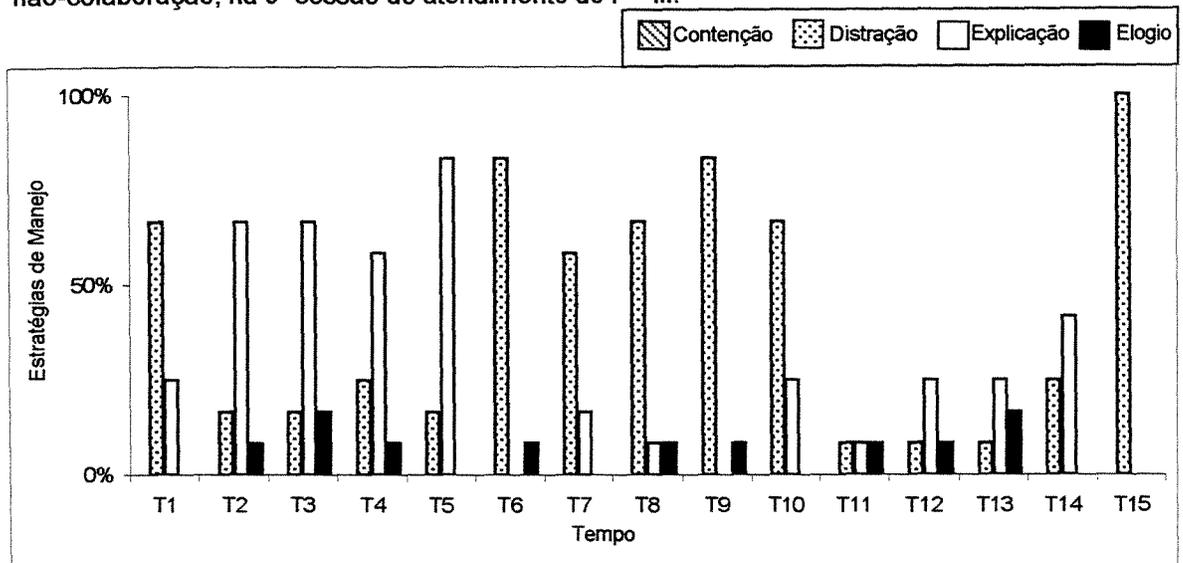


Figura III.18: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 9ª sessão de atendimento do P - III.

Tabela III.9: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 9ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Anestésico tópico
T3 - T4	Anestésico injetável
T5 - T7	Isolamento absoluto e preparo cavitário
T8 - T12	Pulpotomia
T13	Restauração
T14 - T15	Atividade lúdica

A última sessão de P-III foi concluída com sucesso. A criança esteve colaboradora durante todo o tempo, exceto durante a aplicação da anestesia injetável, quando tentou impedir o procedimento pondo suas mãos sobre as mãos da dentista (Figura III.17: T3 - T4). Nesta sessão, que foi mais longa do que todas as anteriores, realizou-se pulpotomia e restauração de um dente, utilizando isolamento absoluto, alta e baixa - rotação. A estratégia de distração foi utilizada com bastante frequência, superando a explicação. P-III foi elogiado várias vezes durante a sessão.

GRUPO B

Neste grupo serão descritos os dados relativos aos participantes IV, V e VI.

PARTICIPANTE IV

SESSÃO 1

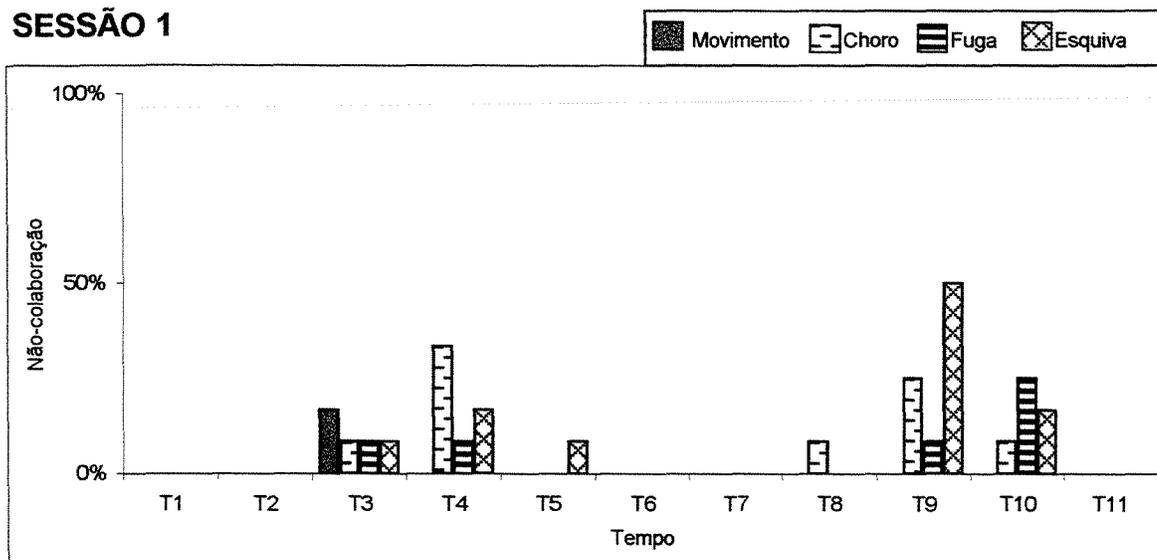


Figura IV.1: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 1ª sessão de atendimento do P - IV.

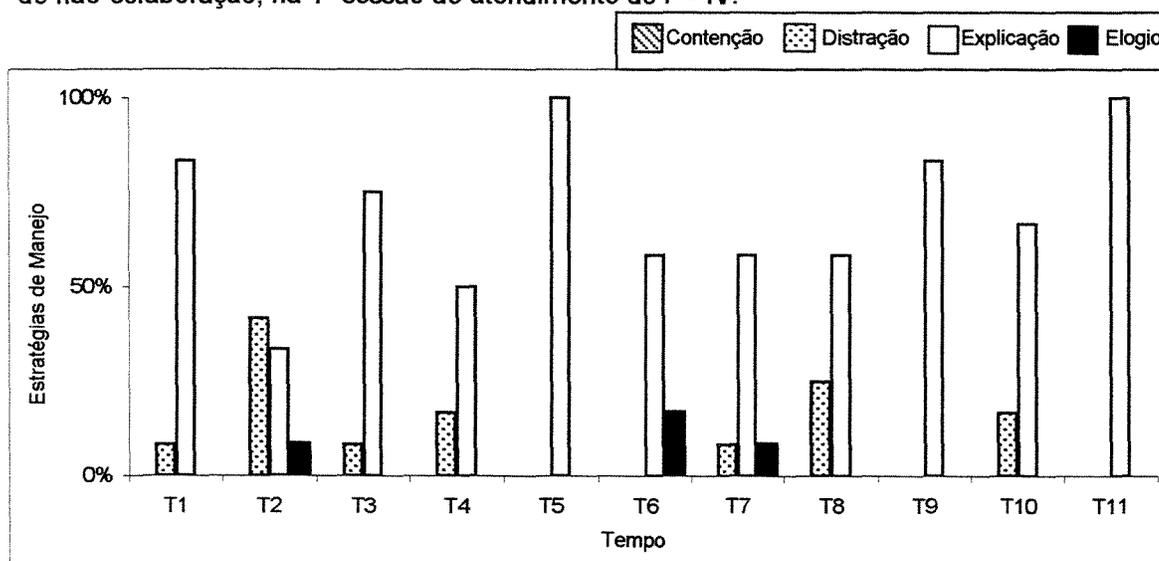


Figura IV.2: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 1ª sessão de atendimento do P - IV.

Tabela IV.1: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 1ª sessão de atendimento de P-IV, sem medicação.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Exame clínico
T3 - T4	Evidenciação de placa
T5 - T7	Treino de escovação
T8 - T10	Profilaxia e aplicação tópica de flúor
T11*	Saída

* T11: composto por 2 intervalos de tempo (30 segundos)

P-IV esteve acompanhada pela mãe em todas as sessões, exceto na 2ª e 8ª, quando o pai foi o acompanhante. A colaboração foi baixa na hora de receber a medicação em todas as sessões. Na 1ª sessão, ela chorou e tampou a boca com as mãos, recusando-se a tomar, mas a dentista explicou que aquele “suco” ajudaria para que seus dentes ficassem mais bonitos e após alguns minutos de tentativa, ela acabou aceitando. Na 2ª sessão, a ingestão do medicamento ocorreu somente após a mãe lembrá-la sobre um brinquedo que ela queria e que os pais só comprariam caso ela colaborasse. Da 3ª à 5ª sessão, ela recebeu a medicação sendo contida pela mãe. Somente a partir da 6ª sessão, ela aceitou a medicação sem necessitar de contenção, apesar de chorar e reclamar.

Durante a explicação dos procedimentos que seriam realizados na sessão, P-IV não prestou atenção, insistindo em mexer nos objetos que estavam sobre a mesa, não olhando para aquele que estava sendo apresentado pela dentista.

Em seguida, a criança foi levada para a cadeira odontológica e a sessão de tratamento foi iniciada com o exame dos seus dentes, utilizando o espelho intra - bucal. Durante a realização deste procedimento, a dentista distraiu P-IV com conversas sobre assuntos diversos à situação odontológica, explicou o procedimento, permitindo que ela manipulasse o espelho e elogiou-a por ter permanecido com a boca aberta (Figuras IV.1 e IV.2: T2).

Após a realização do exame clínico, a dentista iniciou a evidenciação de placa, mas a criança chorou, movimentou corpo e cabeça, fechou a boca interrompendo o procedimento e levantou-se da cadeira, não permitindo que sua mãe visse seus dentes corados, ignorando as estratégias de manejo do comportamento (explicação e distração) utilizadas pela dentista para tentar convencê-la a colaborar (Figura IV.1 e IV.2: T3 - T4).

Observando a Figura IV.1 vemos que, em aproximadamente 58% do tempo do intervalo T3 e 42% do tempo de T4, esta criança esteve quieta na cadeira. Isto não significa que nestes momentos ela estava colaborando e permitindo a atuação da dentista. Neste intervalo de tempo a dentista realizava atividades preparatórias para a intervenção ou interrompia a realização do procedimento para dar explicações à criança.

P-IV foi levada para a pia, a fim de iniciar o treino de escovação. Ela permitiu que seus dentes fossem escovados, comportando-se bem, exceto por ter fechado a boca tentando impedir o início da escovação. A dentista explicou a técnica de escovação, elogiando-a pelo seu bom comportamento (Figuras IV.1 e IV.2: T5 - T7).

Terminado o treino de escovação, P-IV foi encaminhada de volta à cadeira odontológica, para realização da profilaxia e aplicação tópica de flúor. Enquanto a dentista demonstrava o funcionamento do baixa - rotação, passando a Escova de Robson sobre sua unha, ela parecia tranqüila, prestando atenção. No entanto, não permitiu a utilização deste equipamento em seus dentes, fechando a boca, chorando e movimentando-se na cadeira, interrompendo o procedimento (Figuras IV.1 e IV.2: T8 - T10). Devido à estes comportamentos, a placa bacteriana foi parcialmente removida por meio de escovação feita pela dentista e o procedimento de aplicação tópica de flúor não foi realizado. Durante vários momentos nesta sessão, a dentista tentou distrai-la por meio de canto e conversa, mas ela mostrou-se indiferente à esta estratégia. A criança recebeu o brinde e foi dispensada.

SESSÃO 2

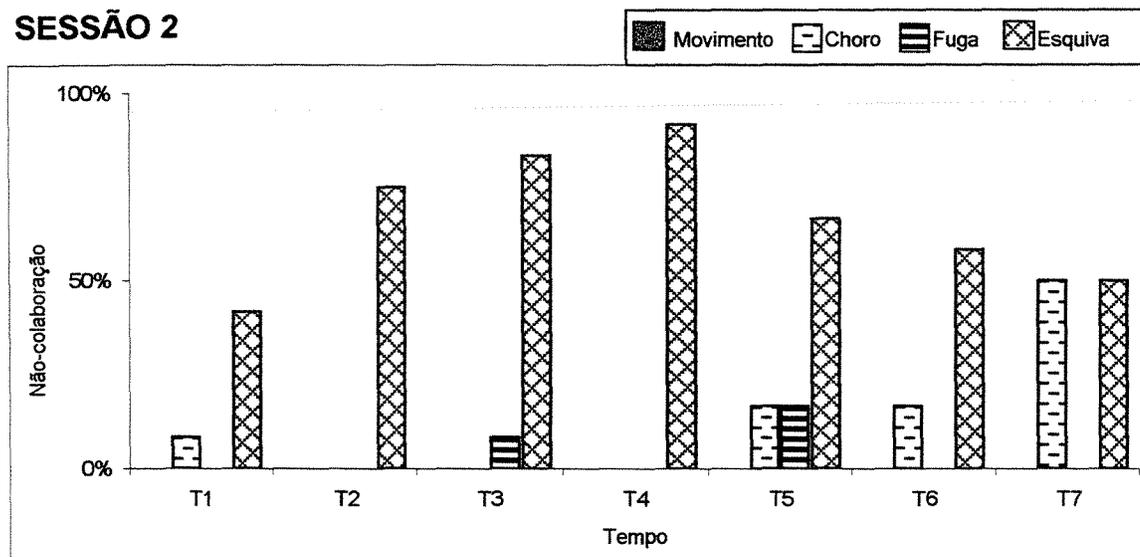


Figura IV.3: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 2ª sessão de atendimento do P - IV.

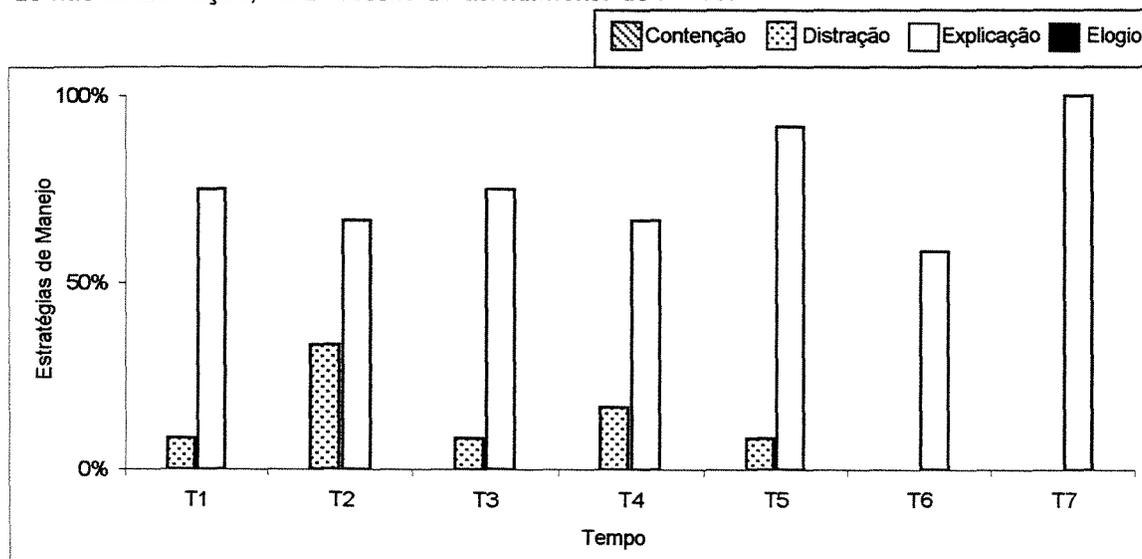


Figura IV.4: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 2ª sessão de atendimento do P - IV.

Tabela IV.2: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 2ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T7*	Entrada

*T7: composto por 4 intervalos de tempo (1 minuto)

Ao entrar no consultório, P-IV foi direto para a mesa de brinquedos, mas a dentista explicou-lhe que a atividade lúdica seria feita no final da sessão, pedindo para que se encaminhasse à cadeira odontológica. Ela recusou, escondendo-se atrás da mesa. O pai carregou-a no colo até a cadeira, mas ela recusava-se a deitar, escondia o rosto com as mãos, chorava e virava-se de costas para a dentista. Diante dessa reação, o pai colocou a criança na cadeira, dizendo que ela não iria passear caso não colaborasse. O pai mostrou-se irritado e disse à dentista que preferia que o tratamento fosse realizado sob contenção física, pois achava que a filha não permitiria de outra maneira. Ele aproximou-se da criança para tentar convencê-la a colaborar, mas ela chorou, fazendo movimentos bruscos com o corpo (jogou-se para trás, quase caindo da cadeira) e o chutou. P-IV mostrou-se refratária às estratégias utilizadas pela dentista (explicação e distração) porém, não parecia sentir medo. Nos momentos em que a dentista mostrava algum objeto da sala (instrumento ou brinquedo) a criança parava de chorar e prestava atenção, mas logo começava a chorar novamente e interrompia a explicação. O choro era alto, com gritos e sem lágrimas. Parece que a medicação ansiolítica não promoveu alterações comportamentais na criança, uma vez que foi verificado o mesmo padrão de comportamento da sessão anterior. Segundo relato do pai, ele havia prometido que a levaria para passear depois do tratamento, caso ela colaborasse. Esta contingência, bem como a contingência estabelecida no início da sessão (brincar se colaborar), foi lembrada pelo pai e pela dentista várias, mas P-IV não mostrou-se interessada. Talvez o fato da criança ter sido impedida de brincar no início da sessão tenha contribuído para aumentar o comportamento não - colaborador. A paciente foi dispensada sem participar da atividade lúdica.

SESSÃO 3

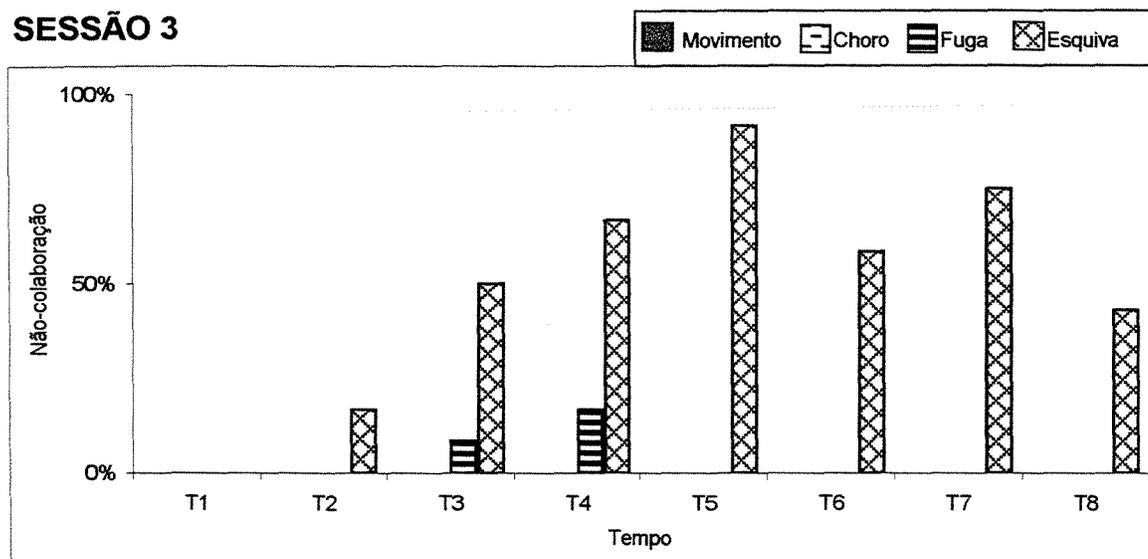


Figura IV.5: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 3ª sessão de atendimento do P - IV.

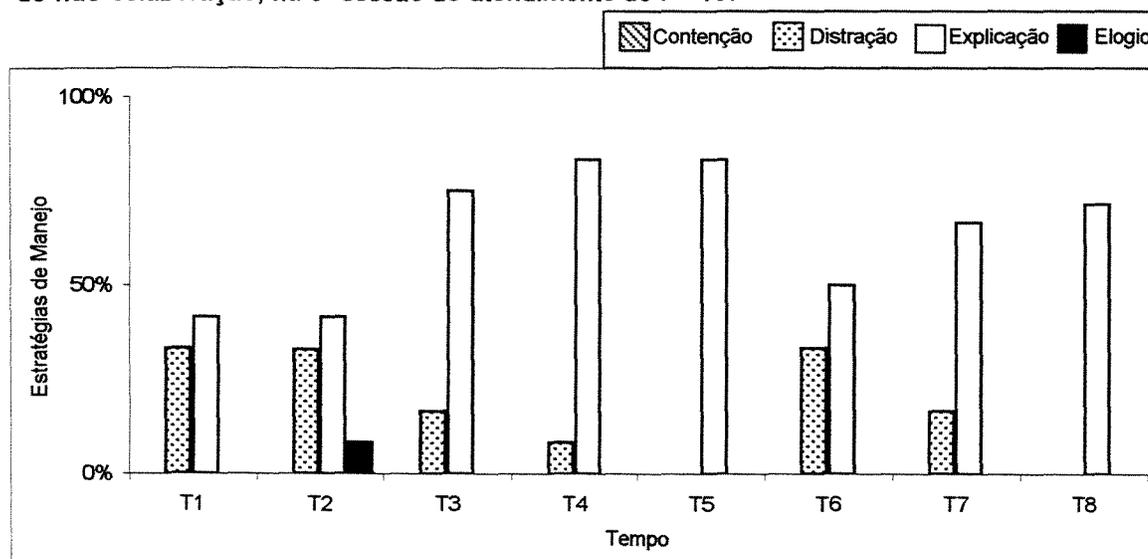


Figura IV.6: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 3ª sessão de atendimento do P - IV.

Tabela IV.3: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 3ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T2	Entrada
T3 - T8*	Anestésico tópico

*T8: composto por 7 intervalos de tempo (1 minuto e 45 segundos)

Nesta sessão, a paciente mostrou-se mais atenciosa na entrada do consultório, conversando com a dentista, que a conduziu à cadeira odontológica, cantando uma música infantil, no que foi acompanhada pela criança. Ela deitou-se na cadeira e a dentista examinou superficialmente seus dentes, sempre distraindo ou explicando o procedimento. Em seguida, a dentista demonstrou o procedimento de aplicação do anestésico tópico, passando a pomada anestésica na unha da criança. Até este momento, ela parecia atenta e colaboradora, conversando e mostrando uma melhora em seus comportamentos em relação à sessão anterior, embora estivesse sentada na cadeira e não na posição deitada (figuras IV.5 e IV.6: T1 - T2).

A dentista solicitou que P-IV deitasse e tentou aplicar o anestésico em sua gengiva, mas ela levantou-se da cadeira, dizendo que não queria “aquele sabor”. Neste momento, ela ficou em pé nos pés da cadeira, chorou (sem lágrimas e com gritos), jogando-se para trás. A mãe tentou deitá-la na cadeira, mas ela virou-se de costas para a dentista e sentou-se nos pés da cadeira, segurando na haste de metal que prende o refletor ao equipo, não permitindo a aproximação da dentista. Quando a mãe ou a dentista tentava aproximar-se dela, ela jogava-se para trás, gritando, chorando e debatendo-se.

Algumas vezes, quando a criança pareceu estar mais calma, ela perguntou à dentista sobre os objetos do consultório e pediu para acender a luz do refletor. A dentista respondeu as suas perguntas, mostrou o equipamento e os instrumentais, permitiu que ela acendesse uma vez a luz do refletor, dizendo que poderia acender novamente caso deitasse e permitisse a execução do procedimento.

Nesta sessão, P-IV parecia estar mais a vontade que na sessão anterior, explorando o ambiente e conversando mais com a dentista e, embora a frequência de não - colaboração tenha sido menor, não permitiu a realização de nenhum procedimento clínico.

A dentista tentou distraí-la conversando sobre assuntos diversos, mas ela não prestou atenção, saindo várias vezes da cadeira e indo para o colo da mãe.

A criança foi dispensada, e a dentista e sua mãe explicaram-lhe que ela não iria passear e nem brincar na mesa de atividade lúdica, “pois o tempo havia se esgotado e havia um outro paciente esperando para tratar os dentes e brincar”. Mesmo após essa advertência, ao descer da cadeira, P-IV dirigiu-se à mesa de brinquedos, no que foi impedida pela dentista. Após sair do consultório, a criança começou a chorar (segundo relato da mãe, ela continuou chorando durante todo o trajeto da Faculdade até sua casa) e a se jogar no chão, pedindo para ir ao Shopping, mas a mãe manteve-se firme no propósito de não levá-la. No entanto, não podemos afirmar que os pais seguiram a orientação da dentista de não levá-la ao Shopping até que ela permitisse o tratamento.

SESSÃO 4

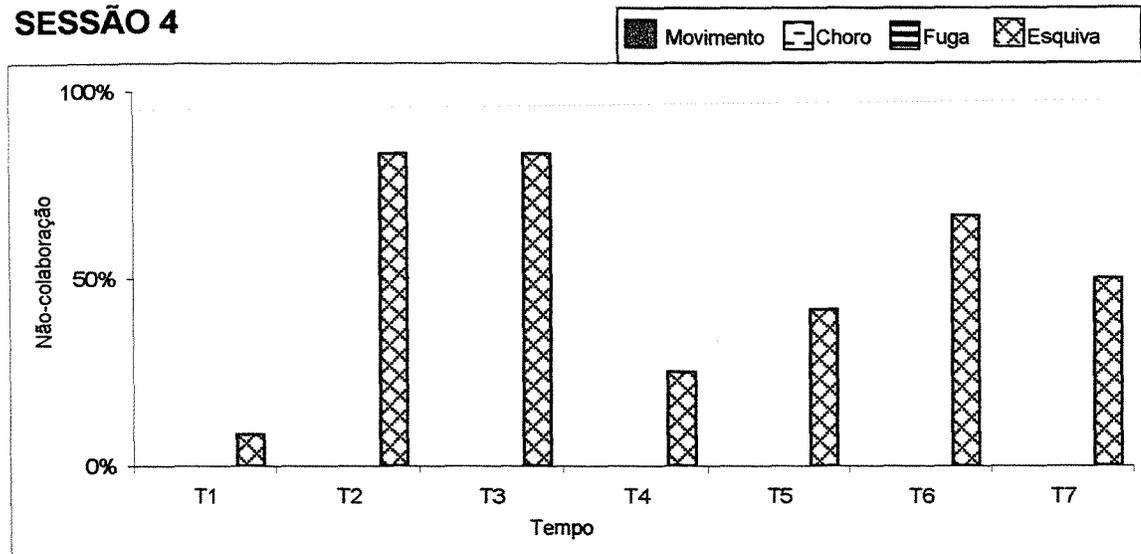


Figura IV.7: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 4ª sessão de atendimento do P - IV.

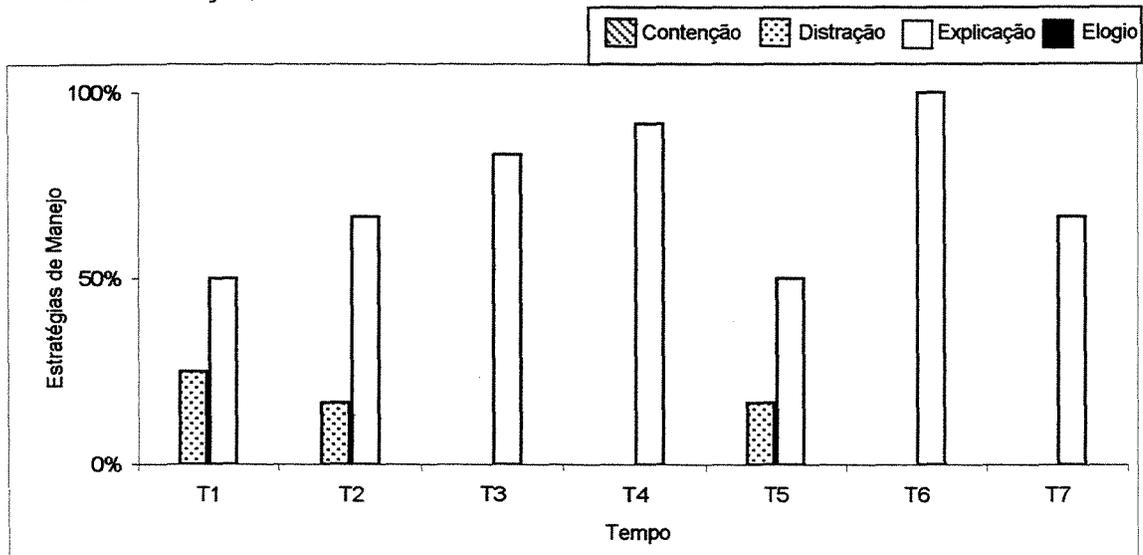


Figura IV.8: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 4ª sessão de atendimento do P - IV.

Tabela IV.4: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 4ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T7	Entrada

Ao entrar no consultório, P-IV foi conduzida à cadeira odontológica, mas não deitou-se, ficando nos pés da cadeira (ora em pé, ora sentada), segurando na haste do refletor. A mãe tentou colocá-la deitada, mas ela agarrou-se ao refletor e, chorando, gritando e debatendo-se, chutou a mãe e jogou-se para trás, não permitindo sua aproximação.

A dentista explicou-lhe sobre a necessidade de deitar e lembrou-a sobre a contingência (brincar, ir ao Shopping e ganhar brinde, se colaborar). A criança desceu da cadeira dizendo que iria embora; a dentista carregou-a no colo até o espelho, em frente à pia de escovação, e mostrou seus dentes, dizendo que gostaria que ela colaborasse para deixá-los mais bonitos. Ela desceu do colo da dentista, debatendo-se e jogando-se no chão. Em nenhum momento o choro foi acompanhado de lágrimas.

A frequência relativa dos comportamentos de não - colaboração emitidos nesta sessão, em que a criança recebeu placebo, foi muito semelhante à sessão anterior, na qual a medicação foi o diazepam (Observar Figuras IV.5 e IV.7).

Após 20 minutos de tentativa, P-IV foi dispensada. Ela pediu para ir ao Shopping e para brincar na mesa com os brinquedos, mas a dentista explicou que ela não poderia pois o tempo havia se esgotado, mas que na semana seguinte ela teria uma nova chance. Ao sair do consultório, a criança ficou brava, chorou, jogou-se no chão e bateu em sua mãe, que não a advertiu em nenhum momento. Nesta sessão, a dentista teve poucas oportunidades de usar a estratégia de distração, pois a paciente não prestava atenção e chorava quando a dentista tentava conversar com ela.

SESSÃO 5

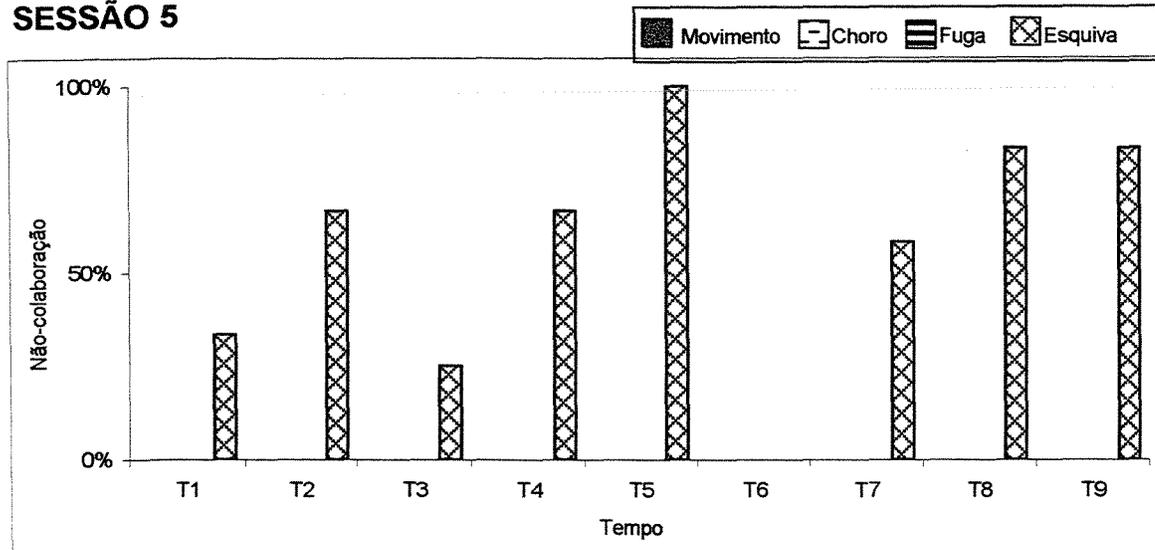


Figura IV.9: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 5ª sessão de atendimento do P - IV.

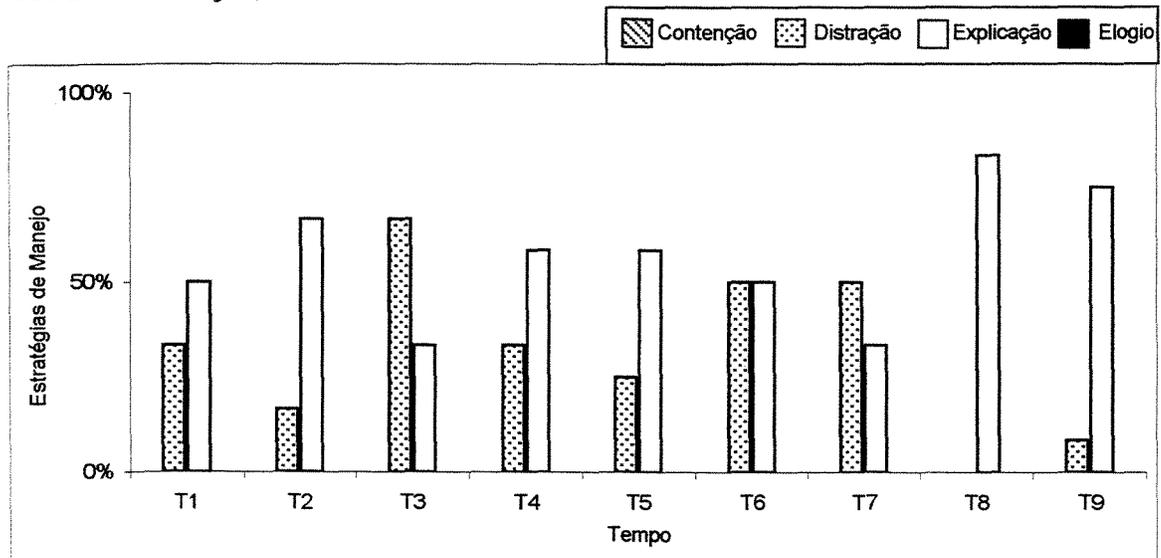


Figura IV.10: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 5ª sessão de atendimento do P - IV.

Tabela IV.5: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 5ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T9	Entrada

A criança entrou no consultório e foi conduzida à cadeira odontológica. Ela deitou-se com a cabeça voltada para os pés da cadeira e a dentista tentou posicioná-la corretamente, mas ela não permitiu e foi para o colo da mãe, agarrou-se na haste do refletor e começou a chorar. A dentista utilizou um brinquedo (cartões coloridos com desenhos de motivos odontológicos) para distrair P-IV. Neste momento, ela mostrou-se interessada e ficou quieta, prestando atenção na explicação da dentista, que disse-lhe que, se ela colaborasse, no final da sessão elas poderiam brincar juntas com todos os outros brinquedos. A mãe colocou-a na cadeira, mas ela levantou-se ficando em pé nos pés da cadeira, agarrada à haste do refletor, chorando e debatendo-se.

Após 27 minutos de insistência, a dentista dispensou a criança, dizendo que na próxima sessão elas brincariam, mas que neste dia ela iria embora sem ganhar o brinde e sem brincar. A criança saiu brava e chorando, demonstrando os mesmos comportamentos apresentados ao final da sessão anterior.

SESSÃO 6

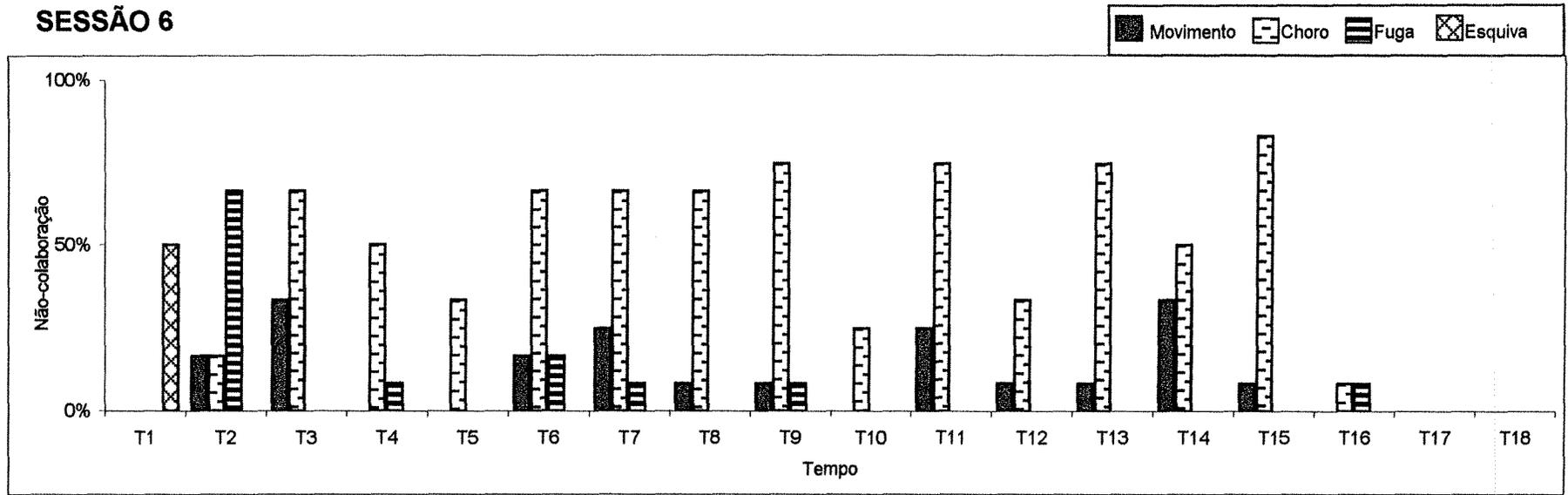


Figura IV.11: Freqüência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 6ª sessão de atendimento do P IV

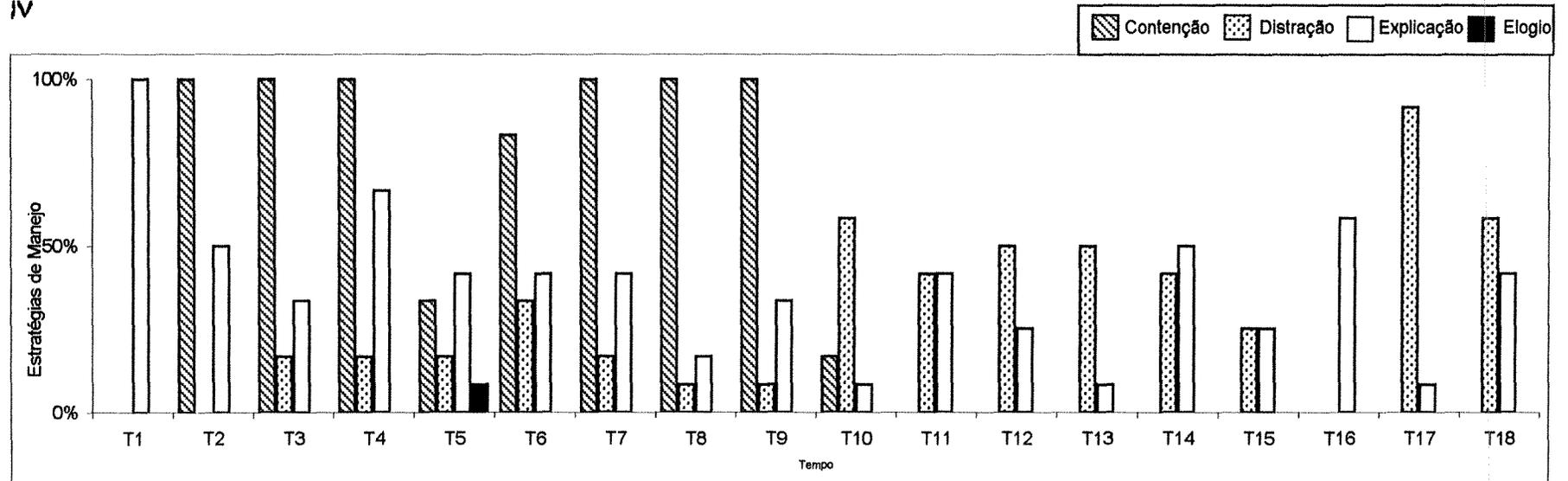


Fig. IV.12: Freqüência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo

Tabela IV.6: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 6ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T3	Anestésico tópico e injetável
T4 - T5	Descanso e isolamento absoluto
T6 - T9	Preparo cavitário
T10 - T15	Restauração
T16	Remoção do isolamento absoluto
T17 - T18	Atividade lúdica

Ao entrar no consultório, a criança foi direto para a mesa de atividade lúdica. A dentista pediu para que ela fosse para a cadeira mas ela não atendeu a solicitação e permaneceu mexendo nos brinquedos. A dentista levou-a, contra sua vontade, para a cadeira e pediu para que ela deitasse, avisando que, nesta sessão, seus dentes seriam tratados, mesmo sem a sua colaboração (Figuras IV.11 e IV.12: T1).

Enquanto paramentava-se com luvas e máscara, a dentista explicou-lhe sobre as vantagens que ela teria caso colaborasse (brincaria no final da sessão, passearia e ganharia o brinde, além da promessa que a dentista fez de ensinar-lhe algumas músicas). Como P-IV manifestasse comportamentos de não - colaboração, a dentista, ajudada pela mãe e pela auxiliar, posicionou a criança na cadeira e realizou os procedimentos clínicos sob contenção física.

Durante esta sessão, a criança esteve sob contenção até o término do preparo cavitário, pois ela movimentava-se muito, interrompendo a atuação da dentista (Figuras IV.11 e IV.12: T2 - T9). Embora utilizando a contenção física, a dentista não deixou de usar a explicação e a distração, por meio de canto e conversa.

Assim que P-IV mostrou-se mais calma, mesmo ainda chorando e movimentando corpo e cabeça com pequena amplitude, a contenção física foi suspensa, apenas permanecendo a mãe segurando as mãos da criança, com o intuito de ampará-la mais do que de conter seus movimentos (Figuras IV.11 e IV.12: T10 - T16).

Nesta sessão foi realizada uma restauração, utilizando anestésico tópico e injetável, isolamento absoluto e baixa e alta - rotação para o preparo cavitário. Ao final da sessão, removido o isolamento absoluto, a criança foi levada pela dentista para frente do espelho a fim de ver o dente que tinha sido tratado, mas ela não mostrou-se interessada e foi para o colo da mãe.

A dentista convidou a criança para ir até a mesa de atividade lúdica. A princípio ela recusou, mas foi conduzida pela mãe, permanecendo em seu colo, quieta e prestando atenção enquanto a dentista lhe mostrava os brinquedos (Figuras IV.11 e IV.12: T17 - T18). Após alguns minutos, a dentista encerrou a sessão, avisando que caso ela colaborasse desde o início, na sessão seguinte poderiam brincar por mais tempo. Ela recebeu o brinde e saiu mais tranqüila, sem chorar. Sua mãe prometeu levá-la para passear em seguida.

SESSÃO 7

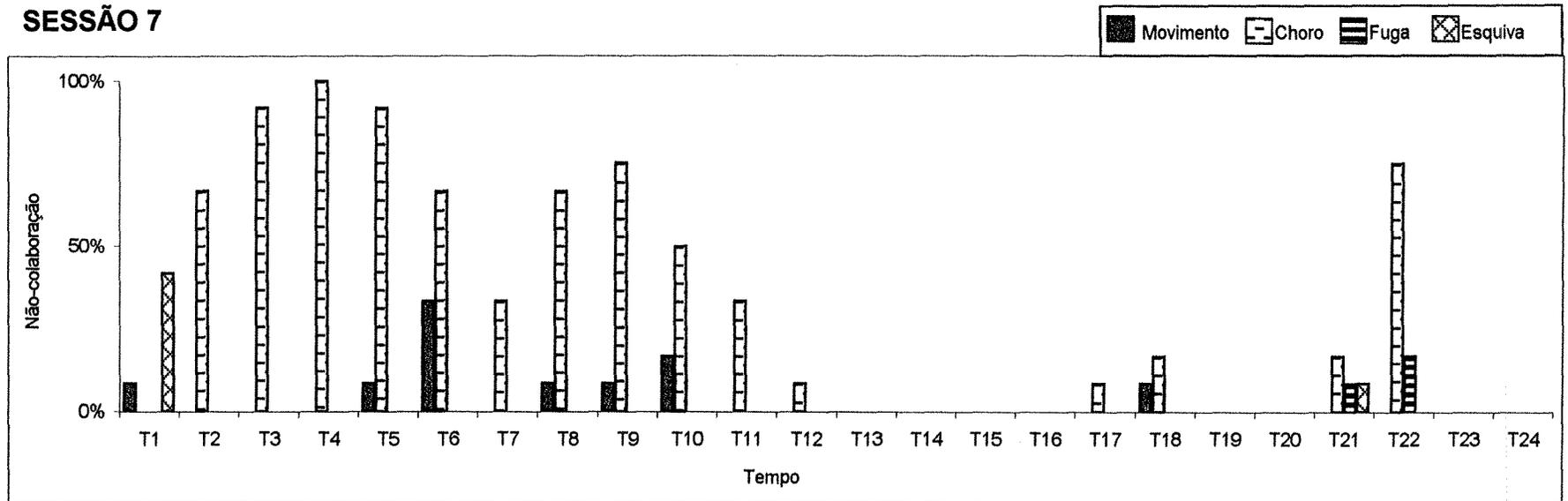


Figura IV.13: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 7ª sessão de atendimento do P - IV

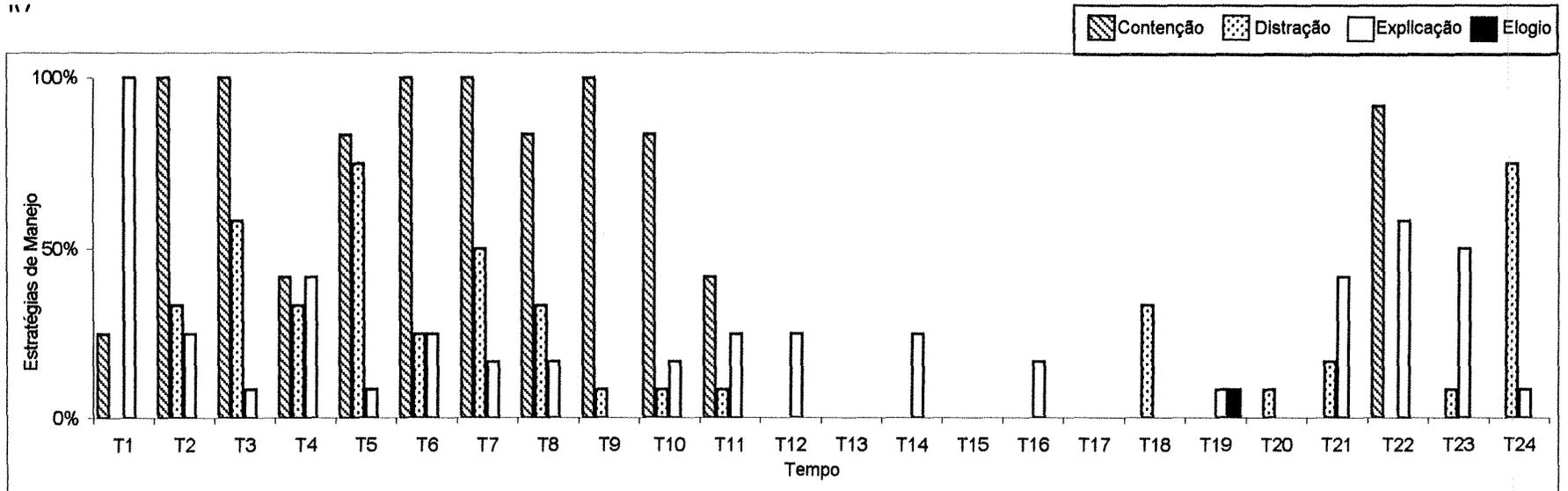


Tabela IV.7: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 7ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T3	Anestésico tópico e injetável
T4	Isolamento absoluto
T5 - T12	Preparo cavitário e pulpotomia
T13 - T21	Restauração
T22	Remoção do isolamento absoluto e verificação da oclusão
T23 - T24	Atividade lúdica

Ao entrar no consultório, P-IV dirigiu-se à mesa de atividade lúdica, mas a dentista explicou que só brincariam no final da sessão e que, quanto maior a colaboração, mais tempo brincariam. Conduzida pela dentista à cadeira odontológica, recusou-se a deitar e foi para o colo da mãe. Em seguida, mãe e dentista a colocaram na cadeira, pedindo sua colaboração (Fig. IV.13 e IV.14: T1), mas como permaneceu chorando e se movimentando, não permitindo a atuação da dentista, foi contida pela mãe e auxiliar. Ela foi mantida sob contenção durante as anestésias, o isolamento, o preparo cavitário e a pulpotomia (Fig. IV.13 e IV.14: T2 - T11). Até neste momento, ela permaneceu chorando e movimentando-se. Além da contenção, a dentista utilizou distração e explicação. Durante a restauração, P-IV dormiu aproximadamente 12 minutos, mas acordou no final da restauração (Fig. IV.13: T17) e precisou ser novamente contida para que permitisse o término do procedimento (Fig. IV.13 e IV.14: T22). Removido o isolamento, a dentista levou-a para a mesa de atividade lúdica e desta vez ela sentou-se na cadeira e brincou (Fig. IV.13 e IV.14: T23 - T24). P-IV recebeu o brinde e saiu parecendo muito contente, abraçou a dentista e prometeu que não iria mais chorar. A mãe relatou que ela mostrou-se alegre quando ficou sabendo que iria ao dentista na manhã anterior à esta sessão.

SESSÃO 8

292

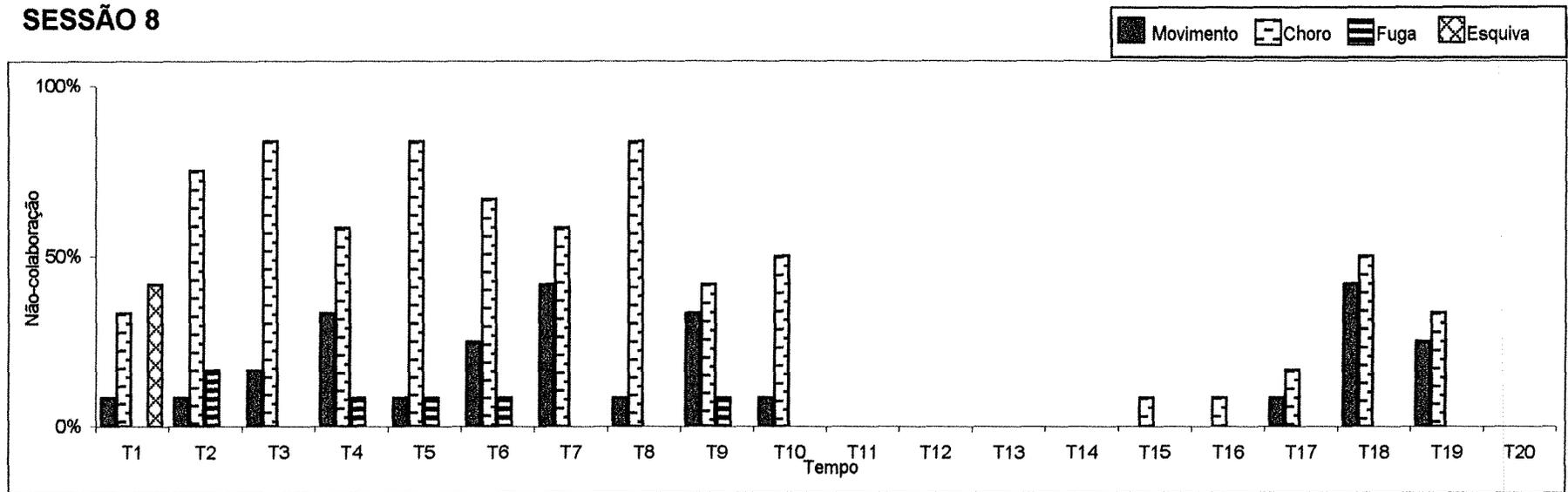


Figura IV.15: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 8ª sessão de atendimento do P - IV.

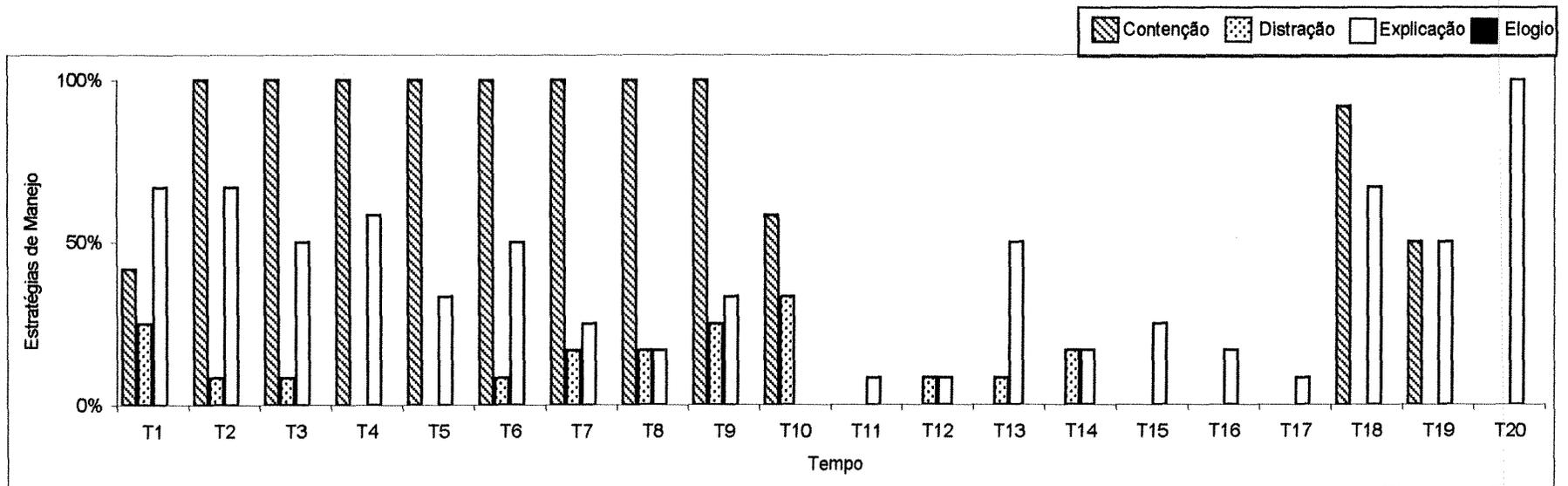


Tabela IV.8: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 8ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 – T3	Anestésico tópico e injetável
T4 - T5	Isolamento absoluto
T6 - T9	Preparo cavitário
T10 - T17	Restauração
T18- T19	Remoção do isolamento absoluto e verificação da oclusão
T20	saída da criança: sem AL

Ao entrar no consultório, ela foi conduzida pela dentista para a cadeira odontológica, mas recusou-se a deitar e foi para o colo do pai, que a recolocou na cadeira (Fig. IV.15: T1). Durante a aplicação dos anestésicos, a instalação do isolamento e o preparo cavitário, P-IV permaneceu chorando, movimentando-se e interrompendo várias vezes a realização dos procedimentos. Por isso a contenção foi realizada e mantida até que cessasse os movimentos de corpo (Fig. IV.15 e IV.16: T2 - T9), o que ocorreu durante a realização da restauração. Neste intervalo de tempo, a paciente manteve-se com os olhos fechados, mas não dormiu (Fig. IV.15: T10 - T17). Ao final da restauração e durante a remoção do isolamento e verificação da oclusão (Fig. IV.15 e IV.16: T18 - T19), a criança não colaborou, movimentando-se e chorando, precisando ser contida novamente para o término do procedimento. Além da contenção, a dentista utilizou outras estratégias (explicação e distração) o que parece ter auxiliado no controle da criança durante a realização da restauração. Devido ao comportamento de P-IV ao término dos procedimentos (choro, grito, movimentos bruscos de corpo, jogando-se no chão e chutando os equipamentos) a dentista disse que não iriam brincar nesta sessão, ela apenas receberia o brinde e passearia com o pai. A criança saiu conversando com a dentista e ao despedir-se disse que não iria mais chorar.

SESSÃO 9

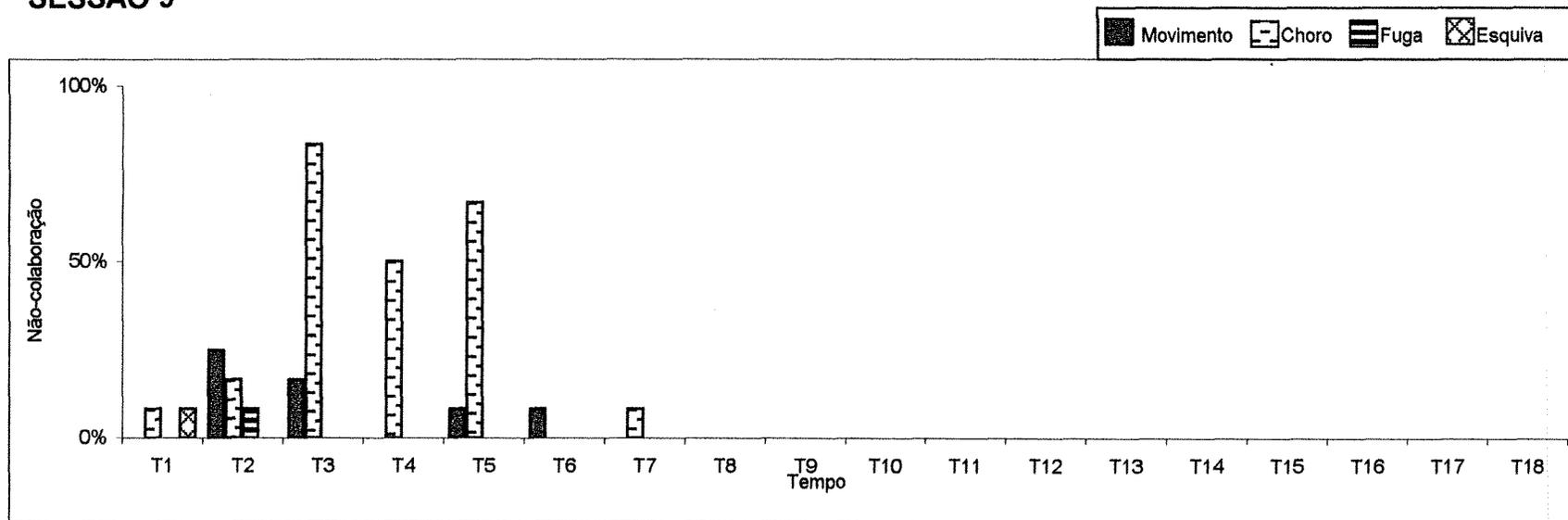
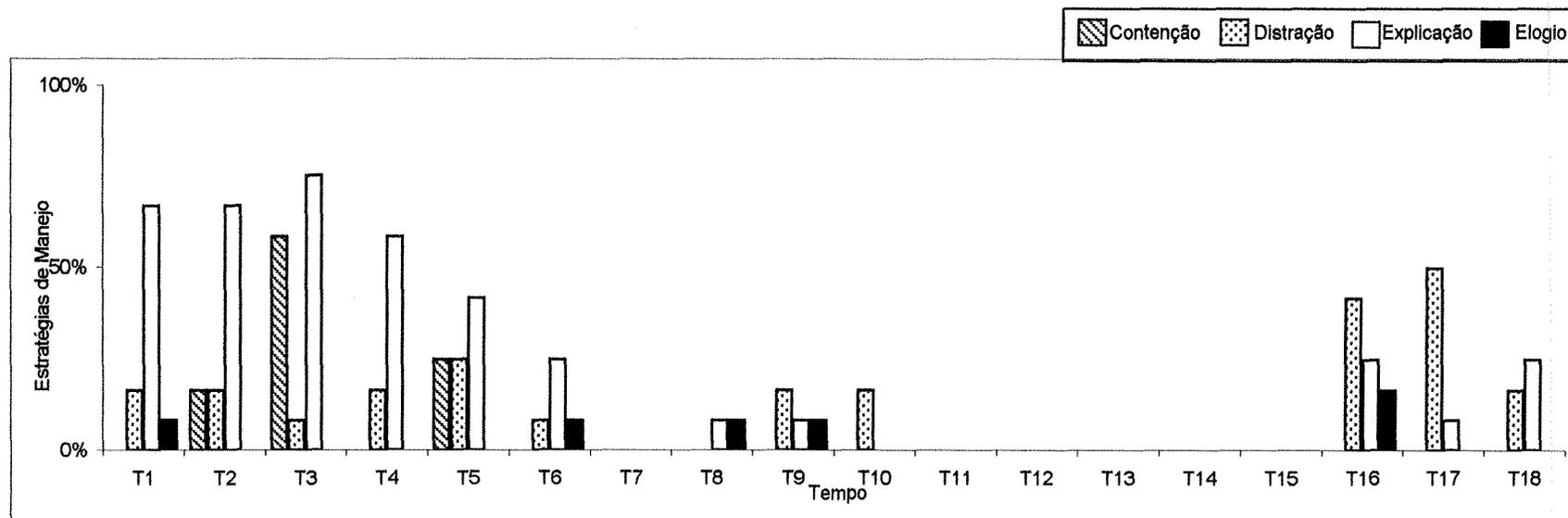


Fig. IV.17: Frequência relativa de intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração (9ª sessão de atendimento do P - IV).



SESSÃO 4:

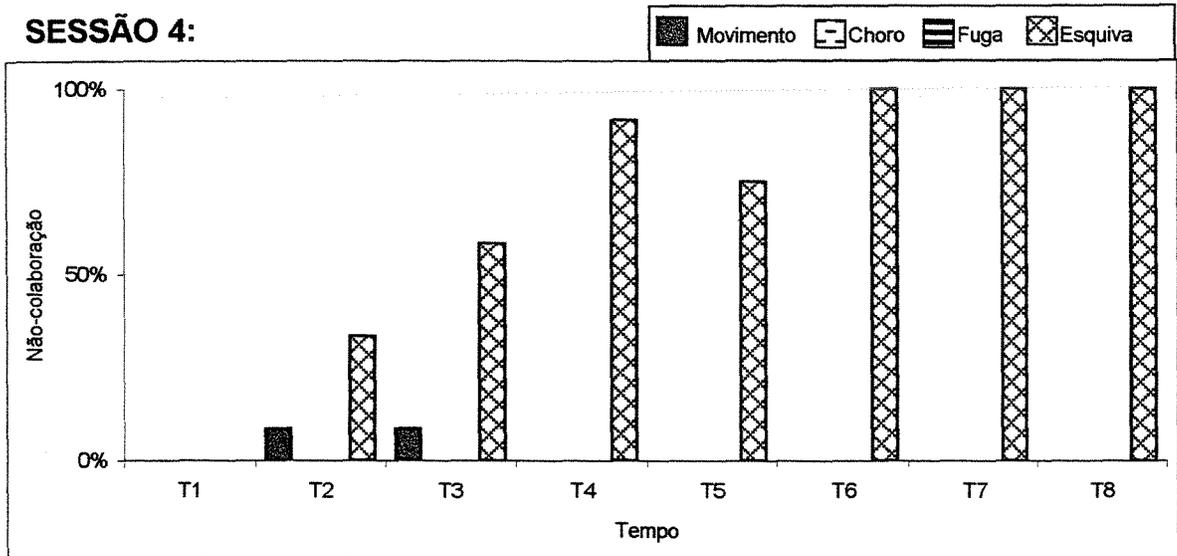


Figura III.7: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 4ª sessão de atendimento do P - III.

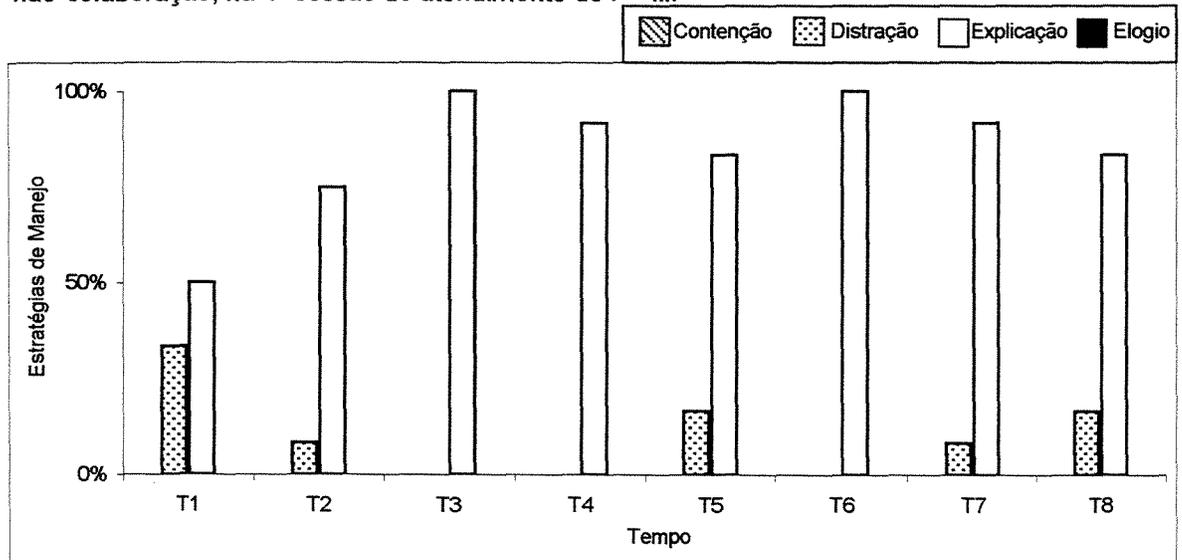


Figura III.8: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 4ª sessão de atendimento do P - III.

Tabela III.4: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 4ª sessão de atendimento de P-III, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T3	Anestésico tópico
T4 - T8	Anestésico injetável

Tabela IV.9: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 9ª sessão de atendimento de P-IV, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Anestésico tópico
T3	Anestésico injetável
T4 - T5	Isolamento absoluto
T6 - T8	Preparo cavitário
T9 - T15	Restauração
T16 - T18*	Atividade lúdica

*T18: composto por 6 intervalos de tempo (1 minuto e 30 segundos)

Assim que entrou no consultório, P-IV foi conduzida para a cadeira odontológica e, enquanto a dentista paramentava-se, explicou à criança como deveria ser o seu comportamento durante a realização do procedimento. A paciente precisou ser contida somente durante a aplicação da anestesia tópica e injetável e a instalação do isolamento absoluto, pois ela movimentava muito a cabeça e o corpo (Figuras IV.17 e IV.18: T2 - T5).

O preparo cavitário e a restauração foram feitas com a colaboração da criança, sem necessidade de contenção (Figuras IV.17 e IV.18: T6 - T15). Ela adormeceu durante o final da restauração (Figuras IV.17 e IV.18: T11 - T15) e só acordou quando terminou a sessão, para dirigir-se à mesa de atividade lúdica. A dentista elogiou várias vezes o comportamento da criança e utilizou a explicação e a distração para manter sua colaboração.

PARTICIPANTE V

SESSÃO 1

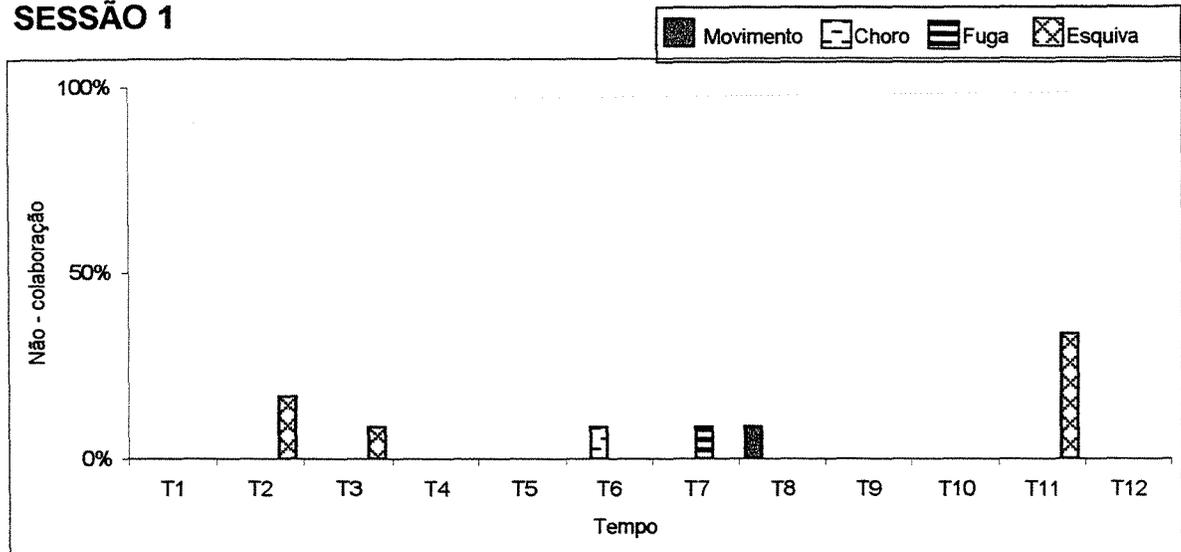


Figura V.1: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 1ª sessão de atendimento do P - V.

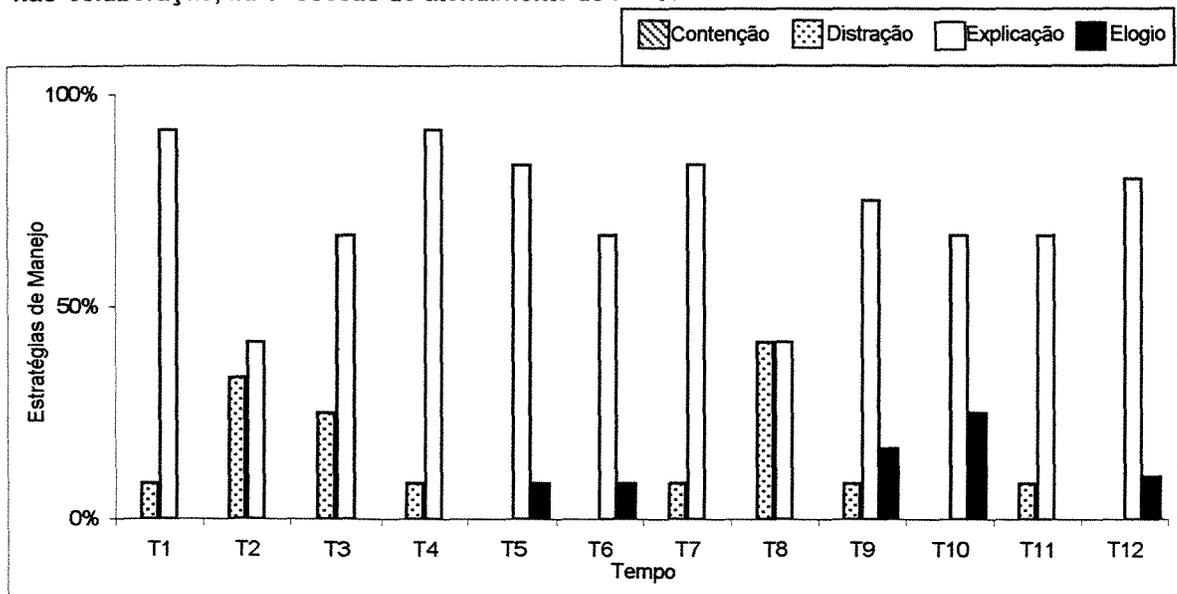


Figura V.2: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 1ª sessão de atendimento do P - V.

Tabela V.1: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 1ª sessão de atendimento de P-V, sem medicação.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T2	Entrada e exame clínico
T3 - T4	Evidenciação de placa
T5 - T6	Treino de escovação
T7 - T12*	Profilaxia e aplicação tópico de flúor

*T12: composto por 10 intervalos de tempo (2 minutos e 30 segundos)

A mãe foi a acompanhante da criança em todas as sessões e a medicação foi bem aceita pela criança.

Durante a explicação dos procedimentos que seriam realizados, P-V permaneceu com os dedos na boca e com a cabeça baixa, sem olhar para a dentista.

A dentista encaminhou a paciente para a cadeira odontológica e sua mãe a colocou deitada. Ela permaneceu com as mãos na boca e, mesmo quando a dentista utilizou a estratégia de distração, conversando sobre assuntos diversos, ela não respondeu.

Após paramentar-se, sempre explicando os procedimentos e distraindo P-V, a dentista posicionou a cadeira odontológica, enquanto tentava fazer com que ela tirasse os dedos da boca para poder iniciar o exame clínico. Neste momento, a criança esquivou-se, virando a cabeça na direção contrária à posição da dentista, que precisou insistir e abaixar a mão da paciente para realizar o exame (Figuras V.1 e V.2: T2).

Realizado o exame, a dentista mostrou o pincel com o corante e, distraindo-a, aplicou-o em seus dentes com a sua colaboração, exceto por ter virado a cabeça antes do início da aplicação, na tentativa de impedir o procedimento (Figura V.1: T3). Porém a dentista explicou que ela poderia ver seus dentes pintados no espelho e ela colaborou (Figuras V.1 e V.2: T4).

Em seguida, a criança e sua mãe foram levadas à pia para a realização do treino de escovação. A criança permaneceu colaboradora, exceto por ter reclamado quando sua mãe iniciou a escovação (Figura V.1: T6). A dentista explicou a técnica de escovação e elogiou a paciente pelo seu comportamento (Figura V.2: T5 - T6). Terminado o treino, a dentista mostrou os dentes da criança no espelho e explicou-lhe que o remanescente de corante seria removido na cadeira.

A paciente deitou-se na cadeira e a dentista mostrou-lhe o funcionamento da escova de Robson no baixa - rotação, passando-a em sua unha e deixando que ela segurasse o equipamento. No início, a paciente fechou a boca interrompendo o procedimento (Figura V.1: T7) mas, orientada pela dentista, passou a colaborar, permanecendo assim durante todo o tempo da profilaxia, exceto por um momento em que moveu sua cabeça (Figura V.1: T8) para evitar que a dentista lavasse seus dentes com a água da seringa tríplice. Ela recebeu elogios pelo seu bom comportamento e a dentista utilizou a estratégia de distração, conversando sobre assuntos diversos.

Após a profilaxia, a dentista mostrou o gel de Flúor que seria aplicado com o uso de uma haste flexível com ponta de algodão. Ao ver a haste, P-V tapou a boca com as mãos, impedindo a sua utilização (Figuras V.1 e V.2: T11). A mãe relatou à dentista que este comportamento poderia estar ocorrendo porque ela estaria associando este procedimento com a aplicação do anestésico tópico, que foi feita em tratamentos anteriores com o uso de uma haste semelhante. Então a dentista utilizou um pincel e ela permitiu a aplicação do Flúor. Terminado o procedimento, a dentista explicou que, devido à sua colaboração ela receberia um brinde e que na semana seguinte, caso ela colaborasse novamente, poderia participar da atividade lúdica.

SESSÃO 2

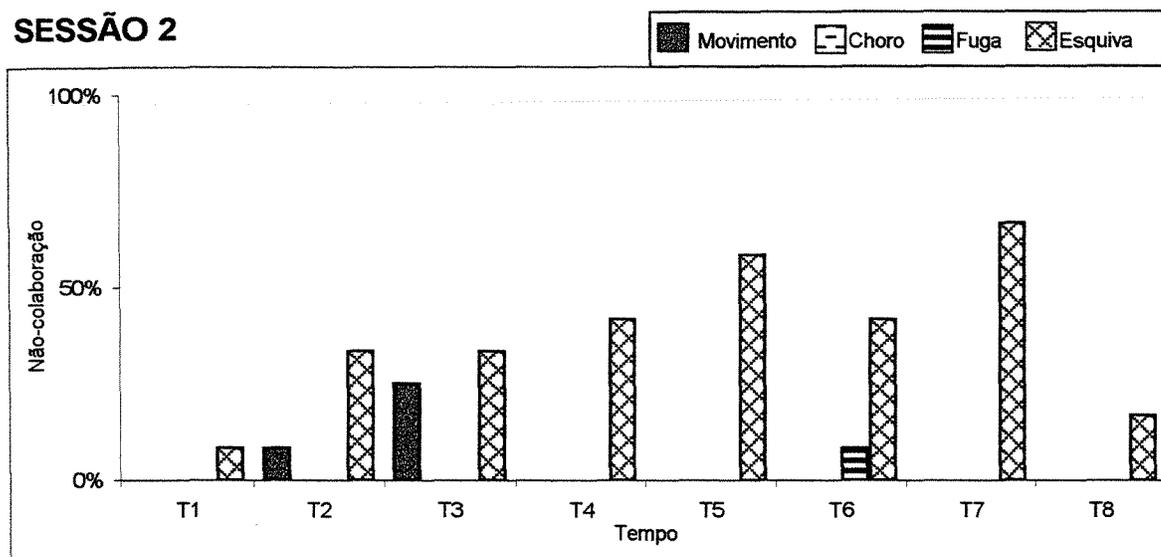


Figura V.3: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 2ª sessão de atendimento do P - V.

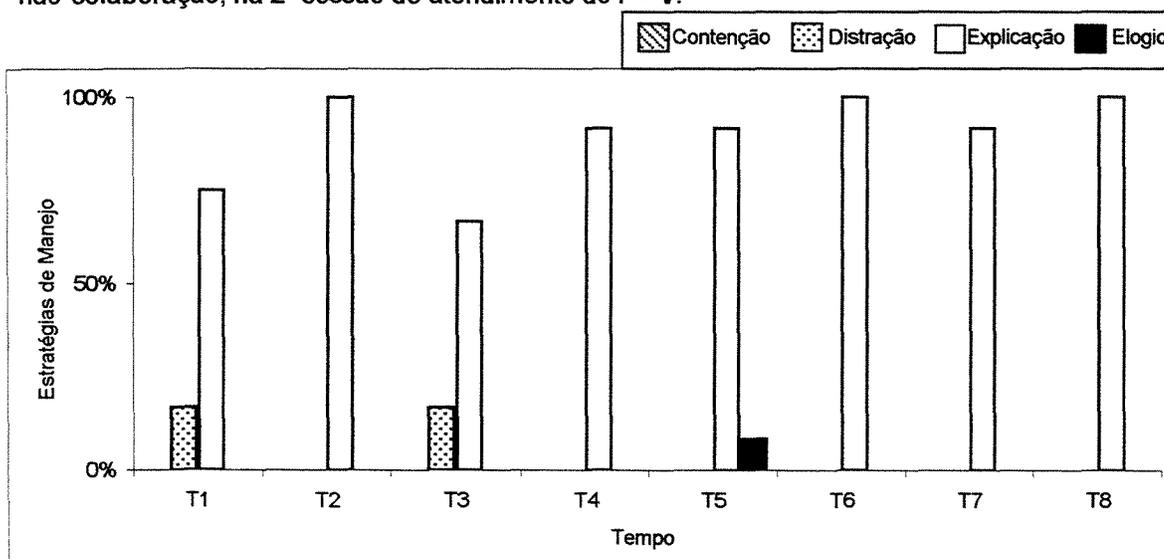


Figura V.4: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 2ª sessão de atendimento do P - V.

Tabela V.2: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 2ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T8	Anestésico tópico

Ao entrar no consultório, a dentista levou P-V para a cadeira odontológica, explicando que deixaria seus dentes bonitos, distraíndo-a com conversas sobre assuntos diversos. O exame clínico não foi realizado pois a criança fechou a boca, não permitindo (Figura V.3: T1).

A dentista mostrou o pincel com o anestésico tópico e explicou que seria semelhante ao procedimento feito na semana anterior com o gel de Flúor. Porém, a paciente moveu sua cabeça para o lado e cerrou os lábios antes que a dentista iniciasse o procedimento (Figuras V.3 e V.4: T2). A dentista tentou distrair P-V, prometendo ensiná-lhe uma música, mas ela continuou com a boca fechada e com o rosto virado para o lado. Em seguida, a dentista mostrou-lhe um rolete de algodão, dizendo que serviria para enxugar seus dentes e ela abriu a boca, permitindo a aplicação parcial do anestésico na porção vestibular da gengiva. Assim que sentiu o sabor, ela movimentou-se na cadeira, sem contudo interromper o procedimento (Figura V.3: T3). P-V mostrou-se colaboradora enquanto a dentista lavava sua boca com a água da seringa tríplice, mas quando tentou continuar a aplicação do anestésico, ela fechou novamente a boca, tapando-a com as mãos, e sentou-se na cadeira.

No tempo restante da sessão, a paciente não permitiu a realização de nenhum procedimento. Ela deitou-se na cadeira novamente, comportamento pelo qual foi elogiada, mas permaneceu com as mãos sobre a boca. Num momento em que abaixou suas mãos, a dentista tentou novamente aplicar o anestésico tópico, mas ela interrompeu o procedimento com um movimento brusco de cabeça e voltou a tapar a boca (Figura V.3: T6).

Durante alguns minutos, a dentista mostrou-lhe vários equipamentos que poderiam chamar sua atenção (tais como o aparelho de fotopolimerização) e explicou-lhe sobre os

procedimentos, pedindo sua colaboração. Porém, esta estratégia não surtiu resultado sobre o comportamento da criança. Durante o tempo em que a dentista tentava conseguir a colaboração, P-V permanecia quieta. Por este motivo, pode-se observar na Figura V.3 uma frequência de não - colaboração em menos de 50% do tempo mas, mesmo assim, a criança não permitiu a atuação da dentista.

Parece que a medicação ansiolítica não promoveu nenhuma melhora nos comportamentos de P-V em relação à sessão anterior, na qual ela não havia recebido nenhuma medicação.

Antes de encerrar a sessão, a dentista explicou que não haveria atividade lúdica e entrega de brinde, pois ela não havia colaborado. A paciente saiu brava do consultório, não quis conversar com a dentista e recusou-se a dar a mão para a mãe.

Segundo relato da mãe, ao sair do consultório, a criança começou a chorar e permaneceu chorando durante toda a tarde, pedindo o balão de ar. A mãe explicou-lhe que na semana seguinte ela poderia ganhar, mas que para isso precisaria colaborar.

SESSÃO 3

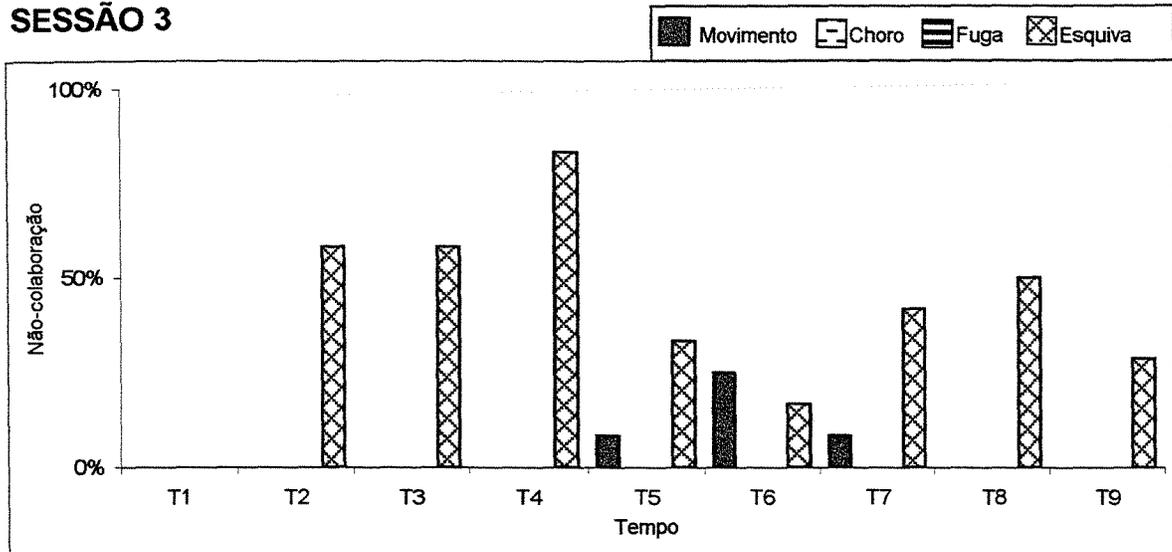


Figura V.5: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 3ª sessão de atendimento do P - V.

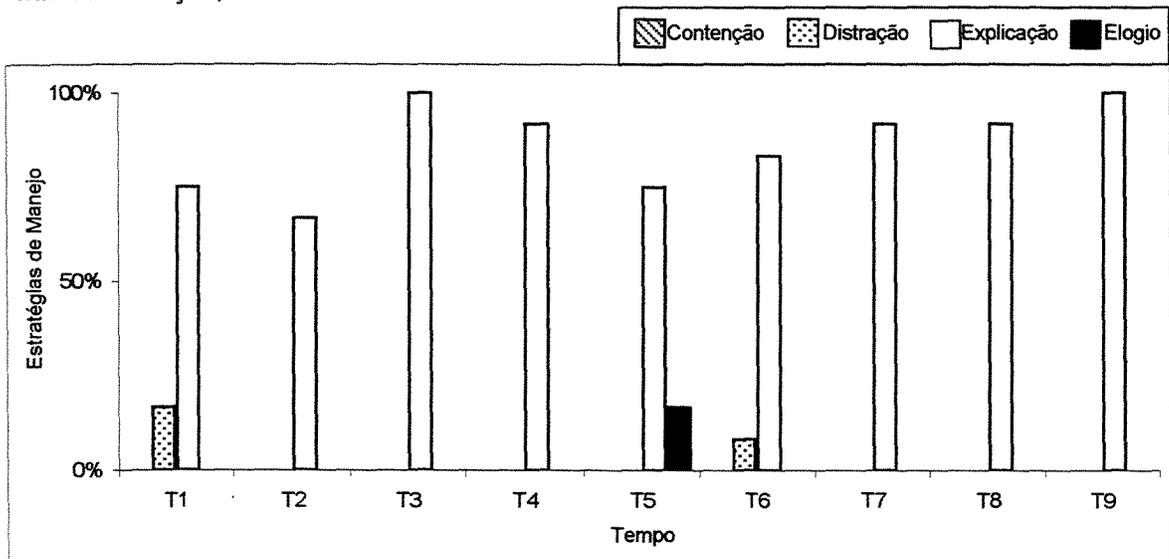


Figura V.6: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 3ª sessão de atendimento do P - V.

Tabela V.3: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 3ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T6	Anestésico tópico
T7 - T9*	Anestésico injetável

*T9: composto por 7 intervalos de tempo (1 minuto e 45 segundos)

No início da sessão, enquanto conversava com a criança, a dentista conduziu-a para a cadeira e ela deitou-se (Figuras V.5 e V.6: T1). A dentista realizou o exame clínico e tentou aplicar o anestésico tópico com o pincel. Assim que P-V viu o pincel, cerrou os lábios e tapou a boca com as mãos, não permitindo o início do procedimento (Figura V.5: T2). A dentista conversou com a criança, explicando que, para que seus dentes ficassem bonitos e parassem de doer em casa, ela precisava aplicar aquela pomada, mas que precisava contar com a sua colaboração. Após 10 minutos de conversa e tentativa, a dentista conseguiu aplicar o anestésico com a criança movendo sua cabeça de um lado para o outro, porém sem interromper o procedimento (Figuras V.5 e V.6: T5). Por este comportamento, P-V foi elogiada e neste momento a dentista pôde utilizar, por um curto intervalo de tempo, a estratégia de distração. Não foi possível a aplicação da anestesia injetável, pois assim que percebeu a seringa encostar em sua boca, (ela recusou-se a fechar os olhos, então a dentista escondeu a seringa) antes da punção da agulha, ela virou o rosto, fechou a boca e tapou-a com as mãos (Figura V.5: T7). A criança não chorou ou reclamou, mas manteve a boca cerrada durante todo o tempo restante de sessão. A dentista avisou-a de que a sessão seria encerrada sem atividade lúdica. Esta contingência foi lembrada diversas vezes ao longo da sessão, mas não influenciou o seu comportamento. Algumas vezes durante a sessão, a dentista tirou as mãos da boca da criança, mas assim que abaixava uma das mãos, ela tapava a boca com a outra. Ao descer da cadeira, sabendo que não participaria da atividade lúdica e não receberia o brinde, P-V começou a chorar, jogou-se no chão e chutou sua mãe quando esta tentou levantá-la. Ela foi embora no colo da mãe, gritando e esperneando. Este comportamento continuou, segundo relato da mãe, durante toda a tarde daquele dia.

SESSÃO 4

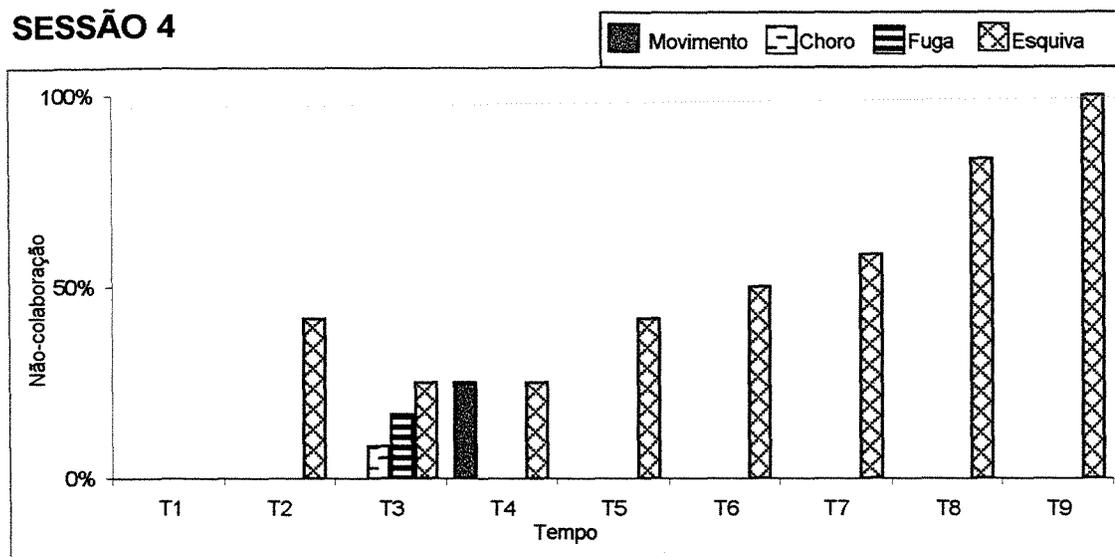


Figura V.7: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 4ª sessão de atendimento do P - V.

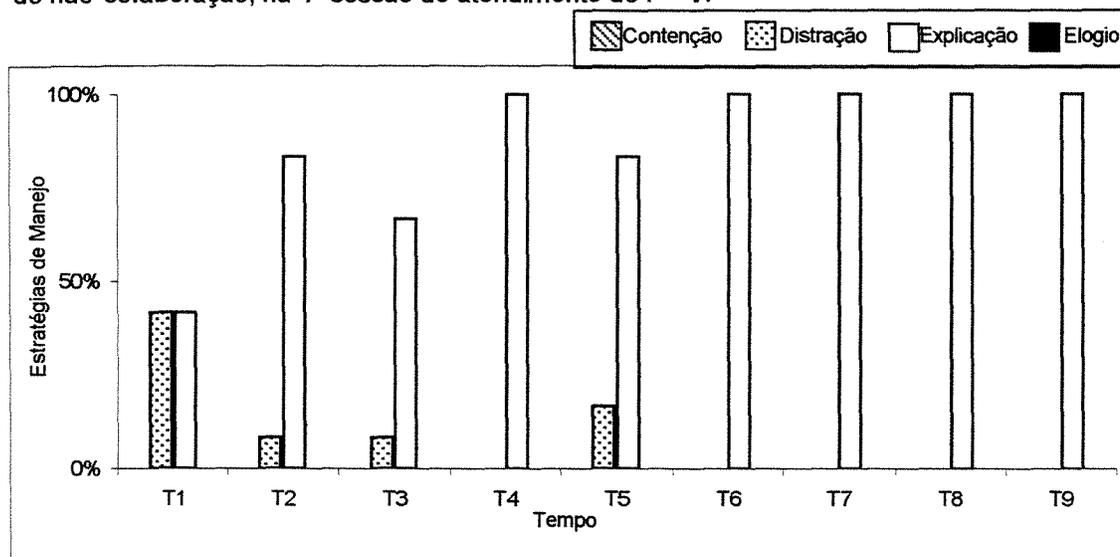


Figura V.8: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 4ª sessão de atendimento do P - V.

Tabela V.4: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 4ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T4	Anestésico tópico
T5 - T9*	Anestésico injetável

*T9: composto por 3 intervalos de tempo (45 segundos)

Enquanto P-V deitava-se na cadeira, a dentista distraiu-a conversando sobre os brinquedos da mesa de atividade lúdica (Figuras V.7 e V.8: T1).

A dentista tentou aplicar o anestésico tópico, explicando a necessidade de colaborar, mas a paciente cerrou os lábios e tapou a boca com as mãos (Figuras V.7 e V.8: T2). Após alguns minutos de tentativa, a dentista conseguiu aplicar o anestésico tópico, embora a criança tenha movimentado a cabeça e interrompido o procedimento por duas vezes, pondo as mãos sobre a boca e chorando (Figura V.7: T3 - T4).

Feito este procedimento, a dentista tentou realizar a injeção do anestésico, mas P-V não permitiu, virando-se na cadeira e tapando a boca com as mãos (Figura V.7: T5). Ela sentou-se na cadeira e assim permaneceu até o término da sessão, sem prestar atenção aos objetos mostrados à ela. A dentista pegou-a no colo e levou-a até o espelho (em frente à pia de escovação) para mostrar-lhe qual dente seria tratado, mas ela não abriu a boca e, ao ser recolocada na cadeira, mostrou a língua para a dentista.

Passados alguns minutos, a dentista avisou que a sessão seria encerrada sem atividade lúdica e a criança ficou brava, mostrando os mesmos comportamentos da sessão anterior (jogou-se no chão, esperneou e chorou). Nesta sessão, em que a criança recebeu placebo, parece não ter ocorrido diferenças em seu comportamento quando comparado à sessão anterior, na qual ela recebeu a medicação ansiolítica.

SESSÃO 5

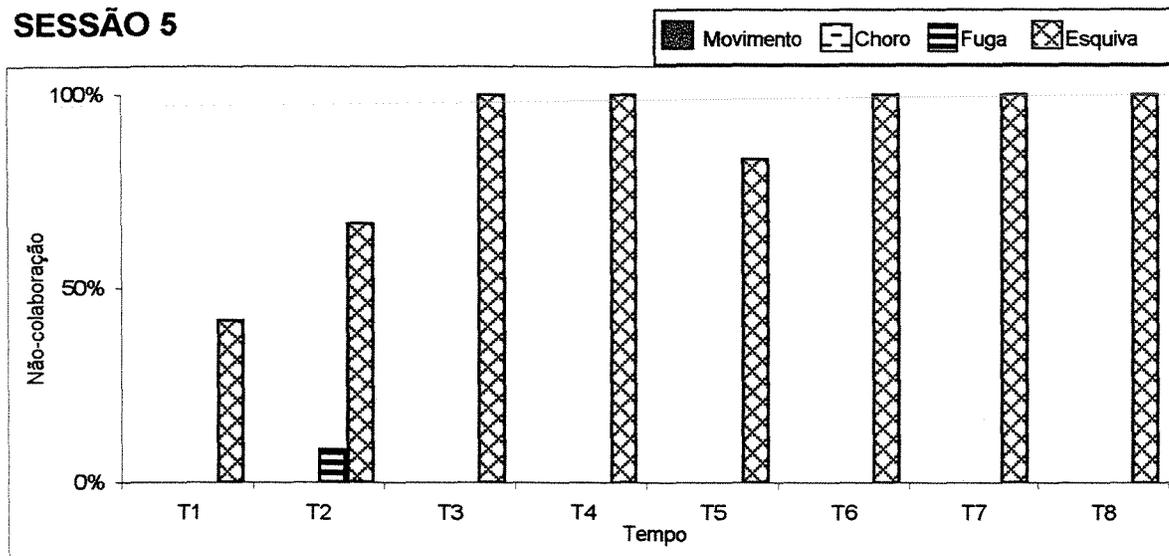


Figura V.9: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 5ª sessão de atendimento do P - V.

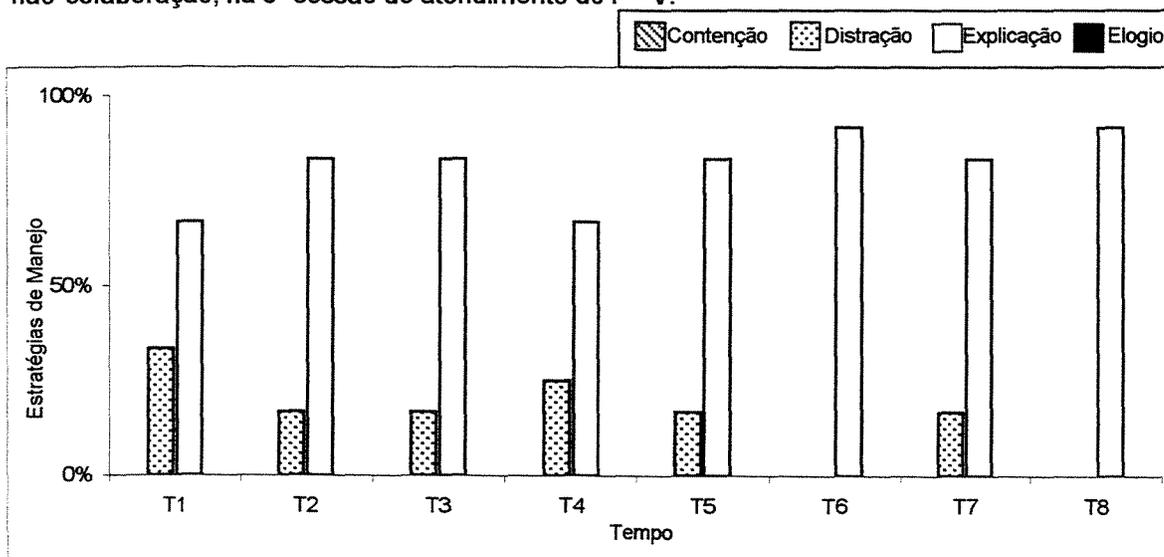


Figura V.10: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 5ª sessão de atendimento do P - V.

Tabela V.5: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 5ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T8	Anestésico tópico

Enquanto paramentava-se, a dentista pediu para que P-V deitasse na cadeira, mas ela recusou-se e escondeu-se atrás da mãe, que a colocou na cadeira (Figuras V.9 e V.10: T1). A dentista examinou seus dentes, sempre explicando e distraíndo-a com conversa. Assim que tentou iniciar a aplicação do anestésico tópico, a criança sentou-se na cadeira (Figuras V.9: T2).

Durante todo o tempo da sessão, P-V alternou momentos em que estava sentada na cadeira longe da dentista, deitada mas com as mãos sobre a boca impedindo a atuação da dentista ou tentando descer da cadeira.

A criança não mostrou-se interessada na estratégia de distração usada pela dentista e não respondia às suas perguntas. Avisada sobre o encerramento da sessão sem atividade lúdica, desceu da cadeira e jogou-se no chão. Ao tentar segurá-la, ela debateu-se, chorou e bateu em sua mãe, que a segurou no colo com muita dificuldade e a levou embora.

SESSÃO 6

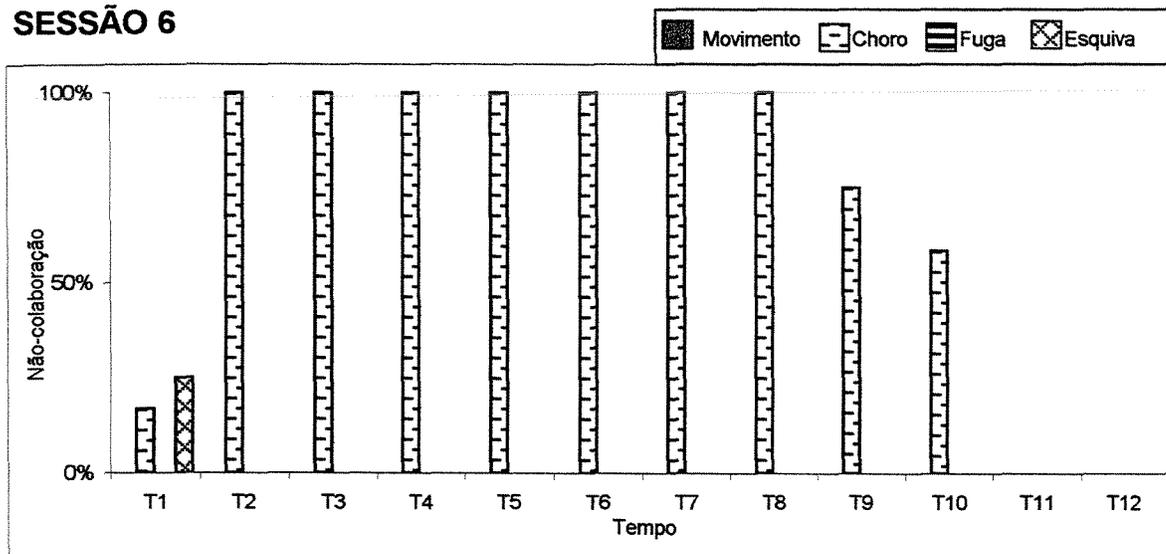


Figura V.11: Freqüência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 6ª sessão de atendimento do P - V.

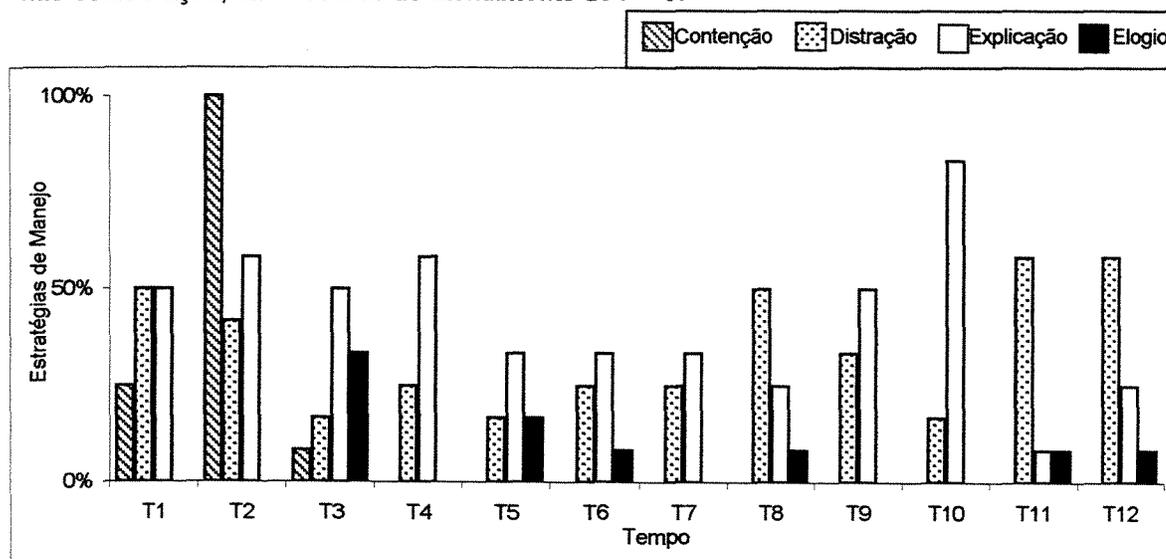


Figura V.12: Freqüência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 6ª sessão de atendimento do P - V.

Tabela V.6: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 6ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T3	Anestésico tópico e injetável e isolamento absoluto
T4	Preparo cavitário
T5 - T6	Restauração
T7	Preparo cavitário
T8 - T10	Restauração
T11 - T12	Atividade lúdica

Pela primeira vez, a criança recusou-se a ir caminhando da sala de espera ao consultório e foi levada no colo pela mãe. Enquanto isso, a dentista conversava com ela, perguntando com quais brinquedos ela gostaria de brincar, após a realização do tratamento.

A dentista avisou que nesta sessão seus dentes seriam tratados e precisava da sua colaboração. P-V tapou a boca com as mãos (Fig. V.11: T1), mas a dentista, auxiliada pela mãe e pela auxiliar, conteve seus movimentos e realizou os procedimentos de aplicação da anestesia tópica e injetável e isolamento absoluto. A contenção foi usada somente durante a aplicação da anestesia tópica e injetável (Fig. V.12: T2 - T3). Terminada a anestesia, ela permaneceu colaboradora, apenas chorando, permitindo a realização de preparo cavitário e restauração, sem necessidade de contenção. A dentista pediu para a criança parar de chorar para que pudesse ouvir as músicas cantadas, explicando-lhe que se ela não chorasse, a sessão seria mais rápida e sobraria mais tempo para brincar, mas o choro persistiu até o término da sessão. O choro de P-V tinha baixa intensidade e parecia mais uma lamúria permanente do que um sinal de protesto. Talvez fosse um comportamento que a ajudasse a enfrentar a aversividade da situação presente. Nesta sessão, a distração pôde ser usada por mais tempo e a criança foi elogiada várias vezes pelo seu comportamento. Removido o isolamento absoluto, P-V parou imediatamente de chorar e foi convidada para brincar. Ao descer da cadeira, foi até o espelho para olhar seus dentes. Nesta sessão, parece que a medicação (diazepam) não influenciou o comportamento da criança, que só colaborou após a utilização da contenção física. P-V participou da atividade lúdica junto com a dentista e recebeu o brinde, mostrando-se alegre e calma. Segundo relato da mãe, a criança mostrou seus dentes para todos os irmãos e disse que queria voltar para tratar os outros dentes.

SESSÃO 7

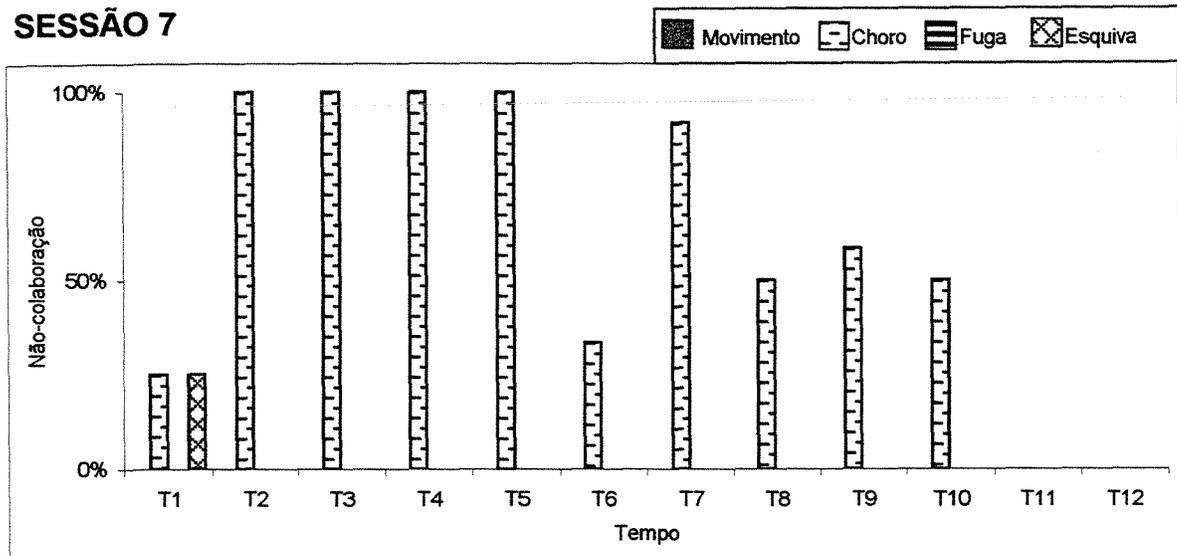


Figura V.13: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 7ª sessão de atendimento do P - V.

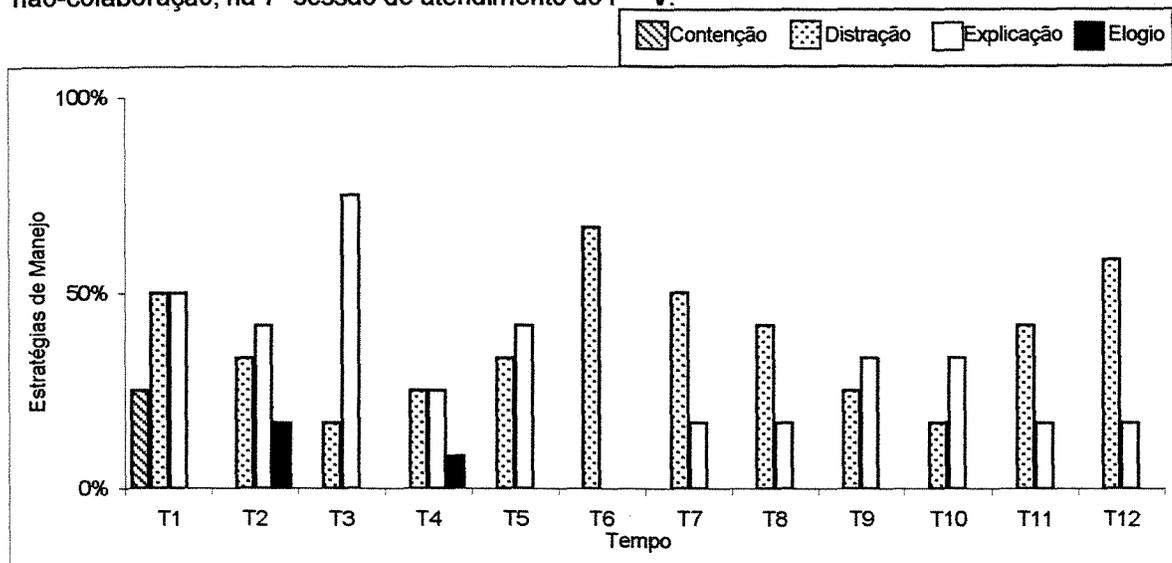


Figura V.14: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 7ª sessão de atendimento do P - V.

Tabela V.7: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 7ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T4	Anestésico tópico e injetável e isolamento absoluto
T5 - T6	Preparo cavitário
T7 - T10	Restauração
T11 - T12	Atividade lúdica

Ao chegar para a sessão, a criança mostrou-se mais alegre que nas sessões anteriores, sorrindo para a dentista. Levada ao consultório, no colo da mãe, foi colocada na cadeira, após ver os brinquedos da mesa. A dentista distraiu-a e explicou que trataria outro dente nessa sessão. Ao aproximar-se da criança, antes de iniciar o procedimento de aplicação do anestésico tópico, ela virou o rosto mas a dentista conteve seu movimento de cabeça para iniciar o tratamento (Figuras V.13 e V.14: T1). Este foi o único momento em que a contenção física foi utilizada, não sendo necessária nem durante a aplicação da anestesia injetável. Nesta sessão, realizou-se a restauração de dois dentes vizinhos, sob isolamento absoluto e com o uso de alta e baixa - rotação. A paciente, embora colaboradora, permaneceu chorando durante toda a sessão, mas com menor frequência que na sessão anterior, interrompendo algumas vezes o choro para ouvir as músicas cantadas pela dentista, que pôde utilizar a distração por mais tempo. Seu choro era baixo e com poucas lágrimas. Terminado o tratamento, P-V participou da atividade lúdica, recebeu o brinde e saiu da sessão mostrando-se muito contente (rindo e brincando com o balão de ar).

SESSÃO 8

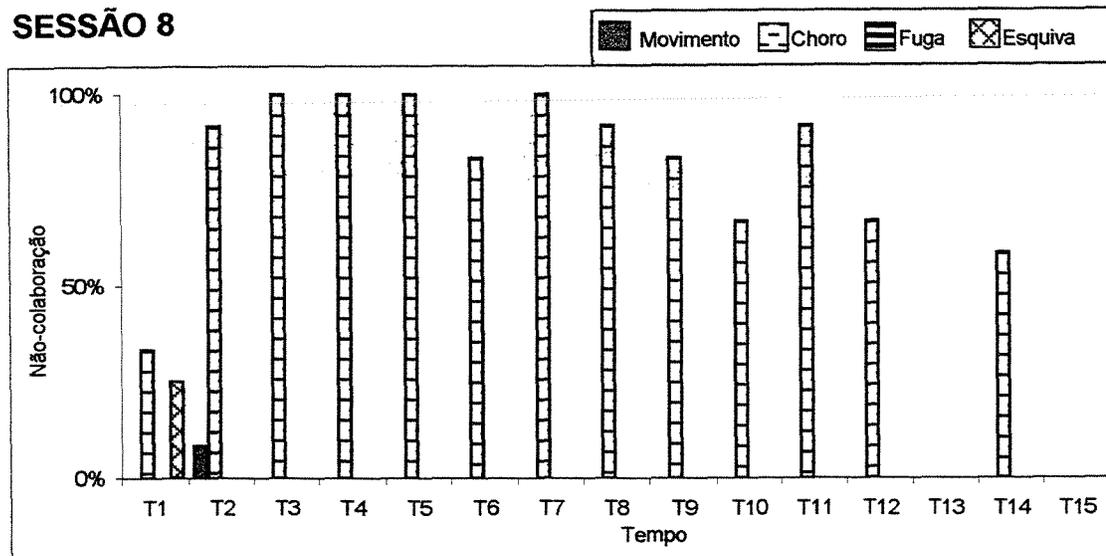


Figura V.15: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 8ª sessão de atendimento do P - V.

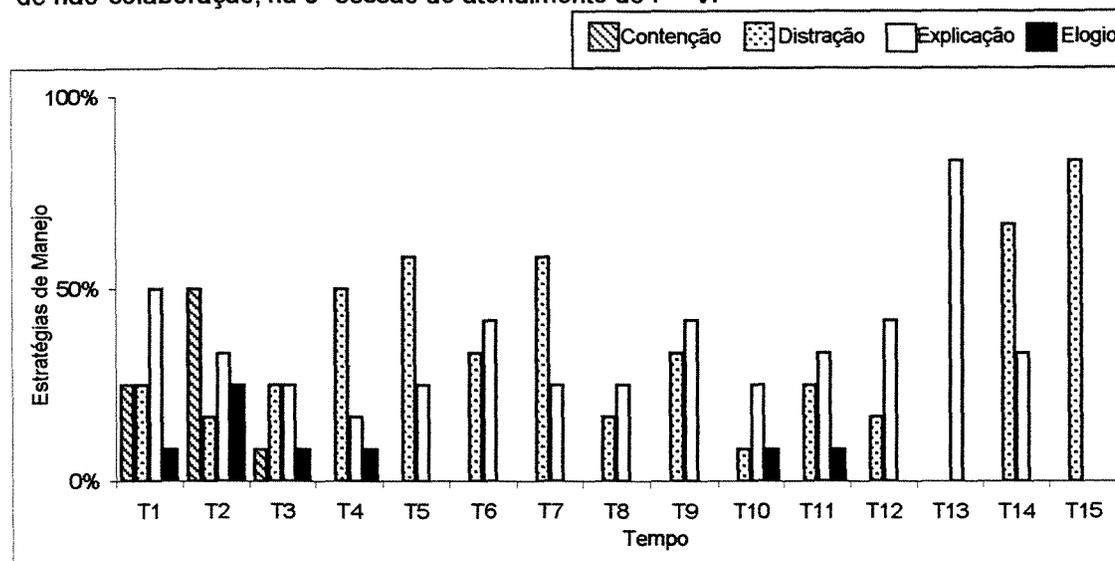


Figura V.16: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 8ª sessão de atendimento do P - V.

Tabela V.8: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 8ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Anestésico tópico e injetável
T3 -T4	Isolamento absoluto
T5 - T6	Preparo cavitário e restauração
T7 - T11	Pulpotomia
T12 – T13	Restauração
T14 – T15*	Atividade lúdica

*T15: composto por 6 intervalos de tempo (1 minuto e 30 segundos)

Depois de ver os brinquedos, a criança sentou-se nos pés da cadeira odontológica. A dentista deitou-a na cadeira, explicando que no final poderiam brincar e distraiu-a com assuntos diversos. Ela permaneceu deitada, pelo que foi elogiada, mas chorou durante toda a sessão. Nesta sessão, na qual foram feitas restaurações em dois dentes vizinhos (um deles necessitou de terapia pulpar), a contenção física foi utilizada somente para a colocação da criança na posição deitada e durante a aplicação da anestesia injetável (Figura V.16: T1 - T3). A dentista pôde utilizar por um tempo mais longo o elogio e a distração, principalmente por meio de músicas cantadas. Concluído o tratamento, P-V foi para a atividade lúdica, mas ela estava chorando e preferiu ir embora sem brincar. Ela recebeu o brinde e saiu do consultório no colo da mãe, sem chorar e parecendo estar calma.

SESSÃO 9

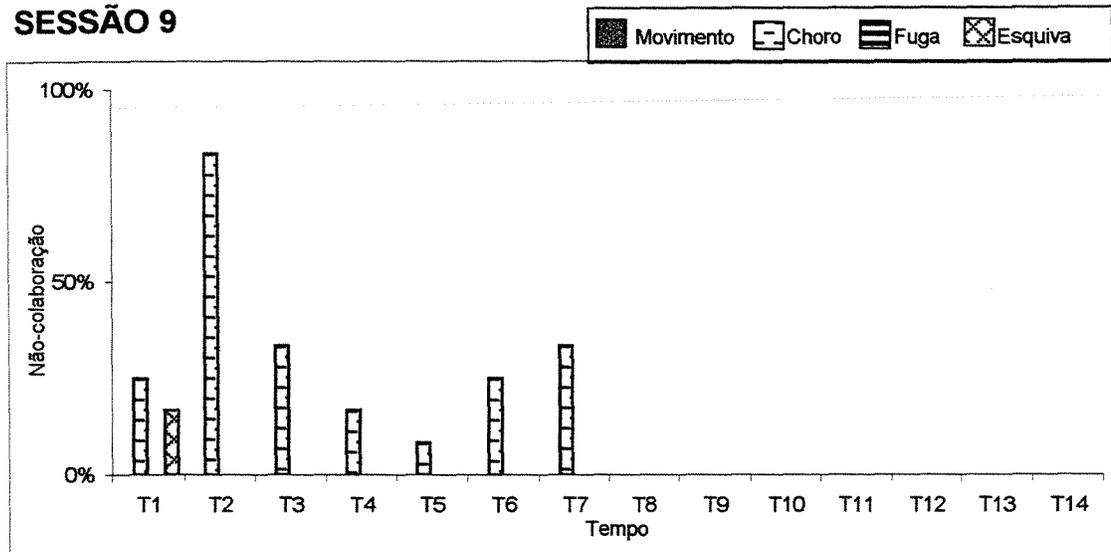


Figura V.17: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 9ª sessão de atendimento do P - V.

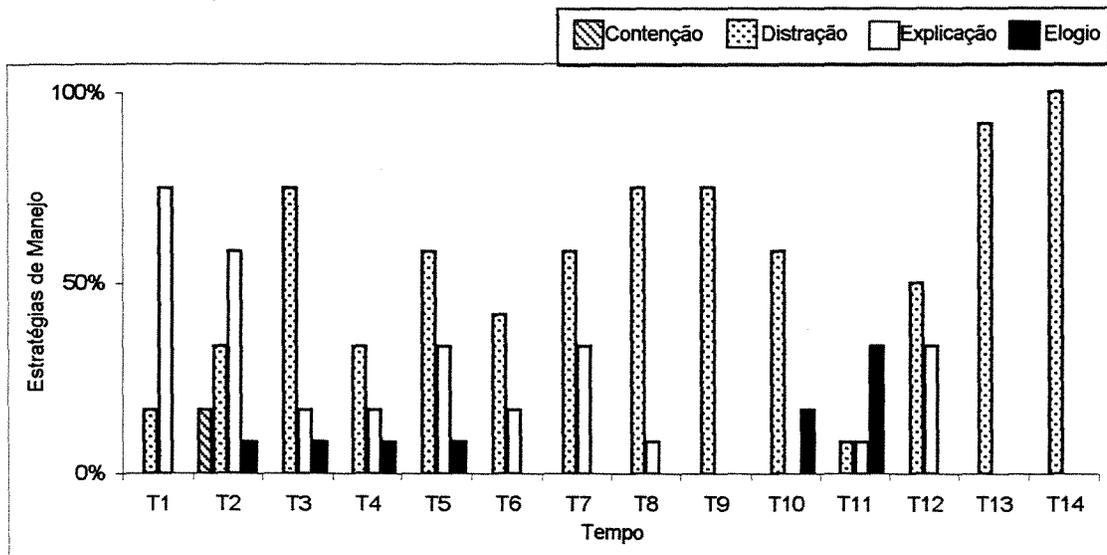


Figura V.18: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 9ª sessão de atendimento do P - V.

Tabela V.9: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 9ª sessão de atendimento de P-V, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T3	Anestésico tópico e injetável e isolamento absoluto
T4 - T7	Preparo cavitário
T8 - T11	Restauração
T12 - T14*	Atividade lúdica

*T14: composto por 4 intervalos de tempo (1 minuto)

Nesta sessão, a contenção física foi utilizada apenas no início da injeção do anestésico (Figura V.18: T2), pois P-V permaneceu colaboradora durante todo o tempo da sessão, apenas chorando em alguns momentos até o término do preparo cavitário (Figura V.18: T1 - T7). A distração foi utilizada com maior frequência e a criança foi elogiada várias vezes pelo seu bom comportamento. Foram realizadas restaurações em dois dentes e, ao término da sessão, a criança participou da atividade lúdica mostrando-se muito alegre.

PARTICIPANTE VI

SESSÃO 1

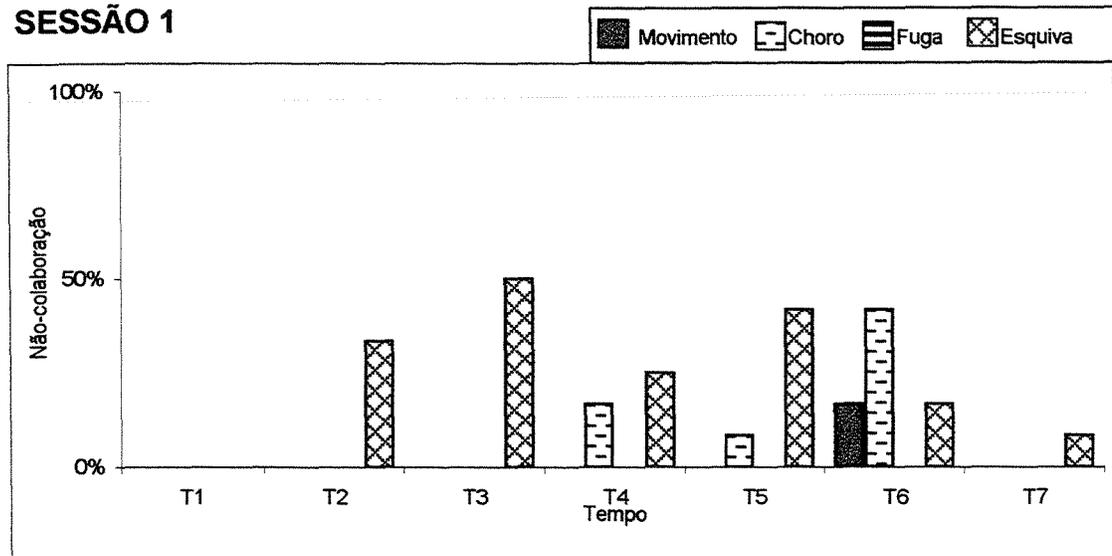


Figura VI.1: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 1ª sessão de atendimento do P - VI.

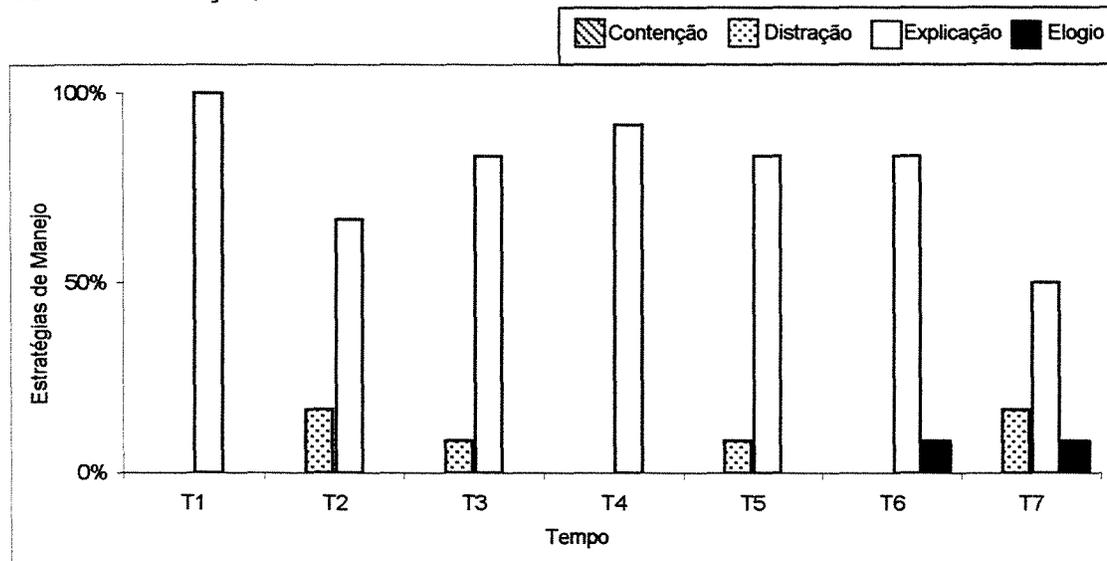


Figura VI.2: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 1ª sessão de atendimento do P - VI.

Tabela VI.1: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 1ª sessão de atendimento de P-VI, sem medicação.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Exame clínico
T3 - T4	Evidenciação de placa e treino de escovação
T5 - T7	Profilaxia e aplicação tópica de flúor

A mãe foi a acompanhante da criança e foi ela quem administrou a medicação, na sala de espera do Cepae, em todas as sessões, pois a criança recusou-se a receber a medicação das mãos da dentista.

Após a explicação dos procedimentos que seriam realizados, aos quais P-VI mostrou-se bastante atento, ele foi encaminhado à cadeira odontológica enquanto a dentista explicava que iria realizar o exame clínico (Figuras VI.1 e VI.2: T1). A criança não permitiu a realização do exame e a aplicação do corante de placa (Figura VI.1: T2), movendo a cabeça e fechando a boca, e foi levada para a pia para realização do treino de escovação. O treino foi feito apenas pela mãe, pois P-VI fechou a boca, chorou e não deixou que a dentista escovasse seus dentes (Figura VI.1: T3 - T4).

De volta à cadeira odontológica, a dentista mostrou o funcionamento do baixa - rotação com a escova de Robson, passando-a em sua unha. P-VI ficou quieto, prestando atenção, mas assim que a dentista tentou passar a escova em seus dentes, ele moveu a cabeça tentando impedir, mas a dentista insistiu e passou apenas nos dentes anteriores com a criança chorando e movendo a cabeça. A aplicação tópica de flúor também foi realizada de forma insatisfatória, mas mesmo assim, nos momentos em que a criança permanecia colaboradora, era elogiada (Figuras VI.1 e VI.2: T5 - T7).

A sessão foi encerrada e a criança recebeu o brinde, mas foi avisada de que na próxima só receberia o brinde caso colaborasse o tempo todo.

SESSÃO 2

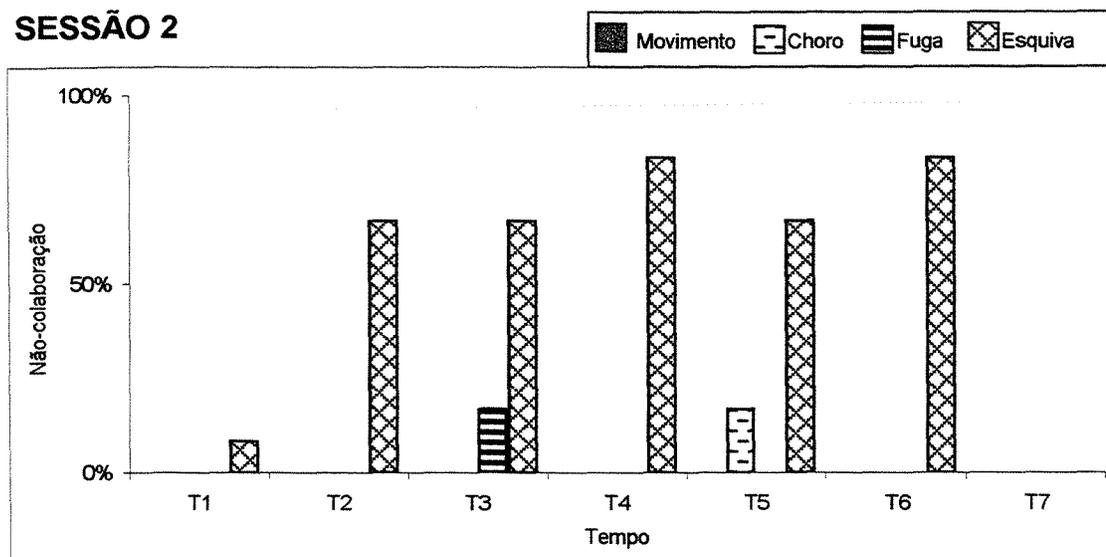


Figura VI.3: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 2ª sessão de atendimento do P - VI.

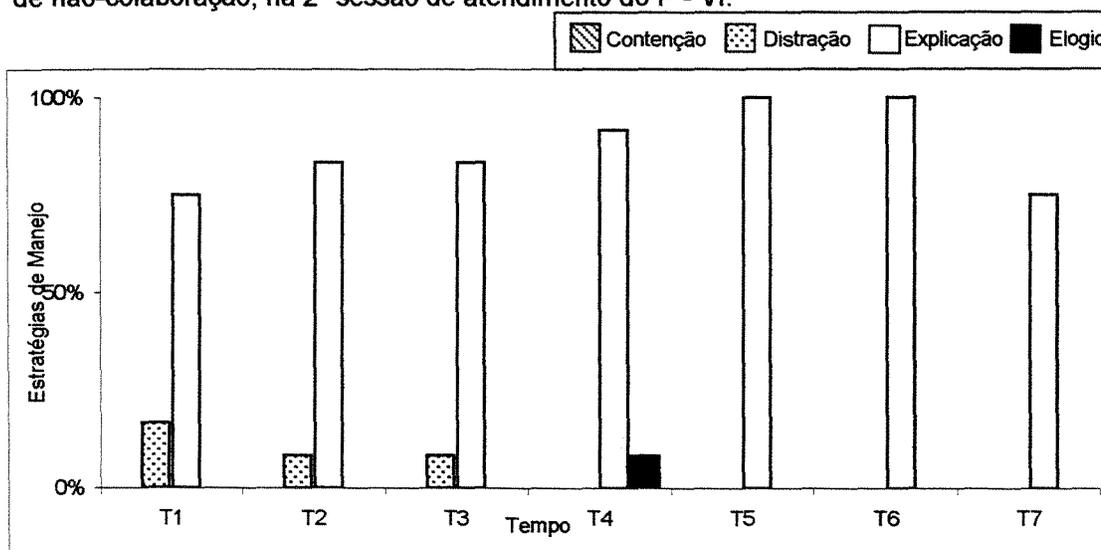


Figura VI.4: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 2ª sessão de atendimento do P - VI.

Tabela VI.2: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 2ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T7	Anestésico tópico

Nesta sessão, P-VI foi para o consultório no colo da mãe, que o colocou na cadeira, após a dentista mostrar-lhe os brinquedos e estabelecer a contingência “brincar se colaborar”. No início ele recusou-se a deitar, mas a dentista explicou que precisava ver seus dentes e pediu para que deitasse, ajudando-o (Figuras VI.3 e VI.4: T1).

Com as mãos sobre a boca ou segurando a seringa triplice, a criança não permitiu que a dentista secasse seus dentes e gengiva para a aplicação do anestésico tópico. Assim sendo, a dentista secou sua gengiva com um rolete de algodão e iniciou a aplicação, que foi interrompida duas vezes por movimentos bruscos de cabeça (Figura VI.3: T3). O resto do tempo que durou a sessão, a dentista tentou convencer P-VI a colaborar, mostrando-lhe instrumentos que poderiam chamar sua atenção (aparelho de fotopolimerização, por exemplo), mas ele não permitiu, cerrando os lábios, movendo-se na cadeira e, às vezes, chorando. A contingência foi lembrada pela dentista e pela mãe, mas não influenciou o comportamento da criança. A sessão foi encerrada sem atividade lúdica.

SESSÃO 3

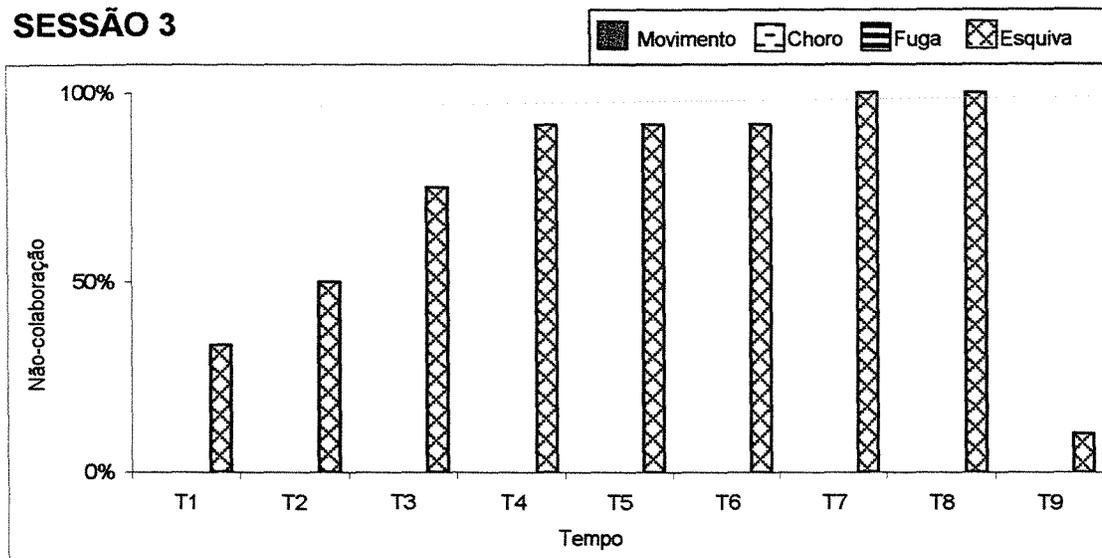


Figura VI.5: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 3ª sessão de atendimento do P - VI.

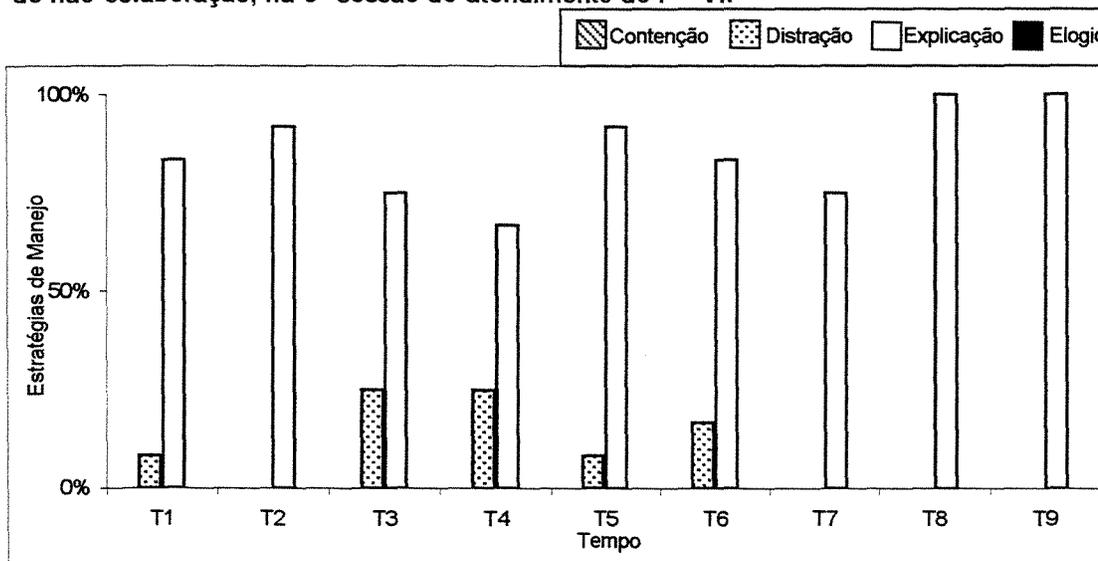


Figura VI.6: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 3ª sessão de atendimento do P - VI.

Tabela VI.3: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 3ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T9	Entrada

Nesta sessão, P-VI foi para a cadeira odontológica, mas não deitou-se. Sua mãe tentou forçá-lo a deitar, mas ele recusou e permaneceu sentado na cadeira durante toda a sessão, não permitindo a realização de nenhum procedimento. A dentista tentou utilizar a distração e nestes momentos a criança prestava atenção e conversava com a dentista. Entretanto ele não deitou-se e a sessão foi encerrada sem atividade lúdica. A criança pareceu estar tranqüila e esteve um pouco mais falante do que na sessão anterior. Entretanto, tal como na sessão anterior, não mostrou-se sonolento ou predisposto a colaborar.

SESSÃO 4

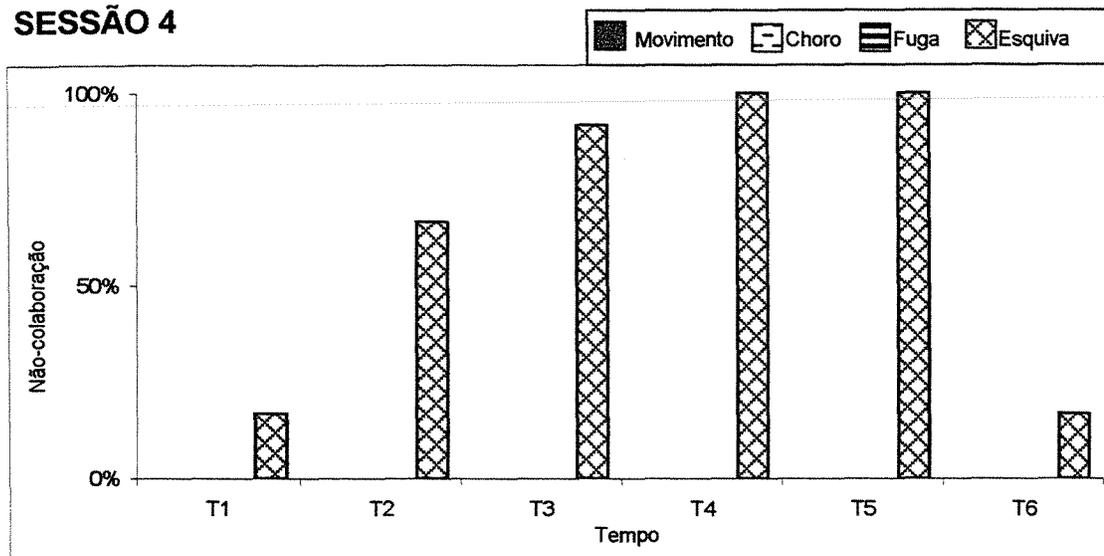


Figura VI.7: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 4ª sessão de atendimento do P - VI.

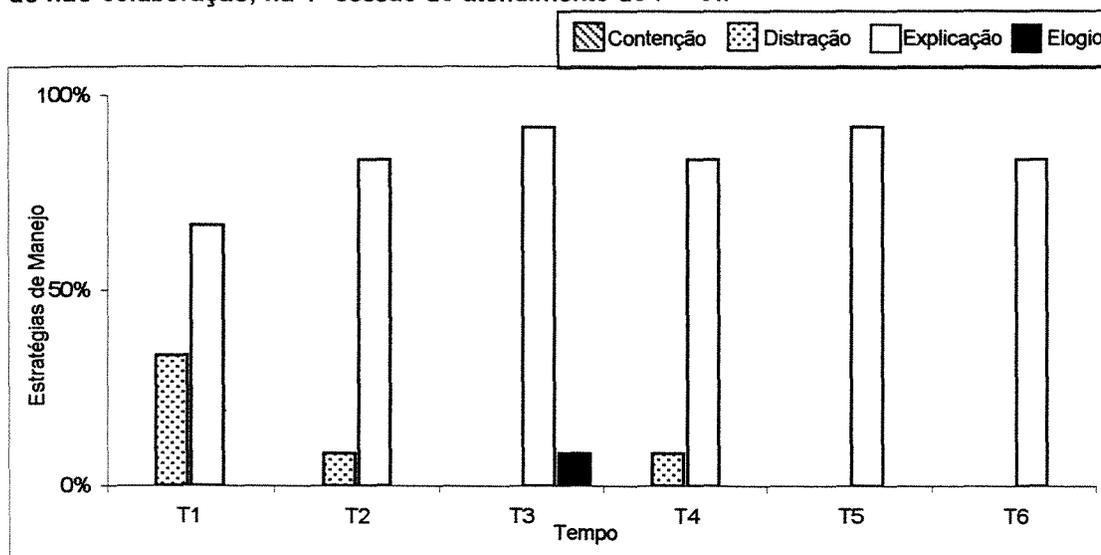


Figura VI.8: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 4ª sessão de atendimento do P - VI.

Tabela VI.4: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 4ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T6	Entrada

Nesta sessão, como na anterior, P-VI não permitiu a realização de nenhum procedimento clínico pois não deitou-se na cadeira odontológica. Ele parecia muito calmo e bastante comunicativo. Por várias vezes, utilizou táticas de atraso, conversando com a dentista, interrompendo as instruções que ela tentava passar e não prestando atenção quando ela sugeria que P-VI deveria deitar-se.

O padrão de comportamento apresentado nesta sessão foi muito semelhante ao padrão apresentado nas sessões anteriores, quando P-VI esteve sob o efeito do diazepam. Ao ser lembrado sobre a contingência, ele deu de ombros e continuou conversando. Quando a dentista ou a mãe tentavam colocá-lo deitado, ele levantava, esquivando-se da situação. A criança recebeu um elogio por deitar-se (Figura VI.8: T3), mas imediatamente levantou-se da cadeira. A sessão foi encerrada sem atividade lúdica final.

SESSÃO 5

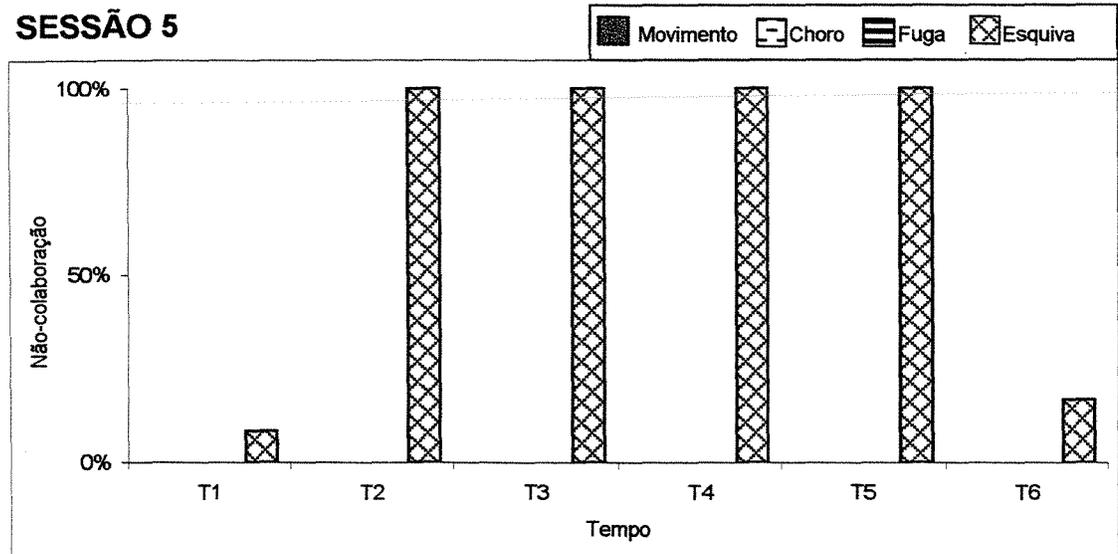


Figura VI.9: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 5ª sessão de atendimento do P - VI.

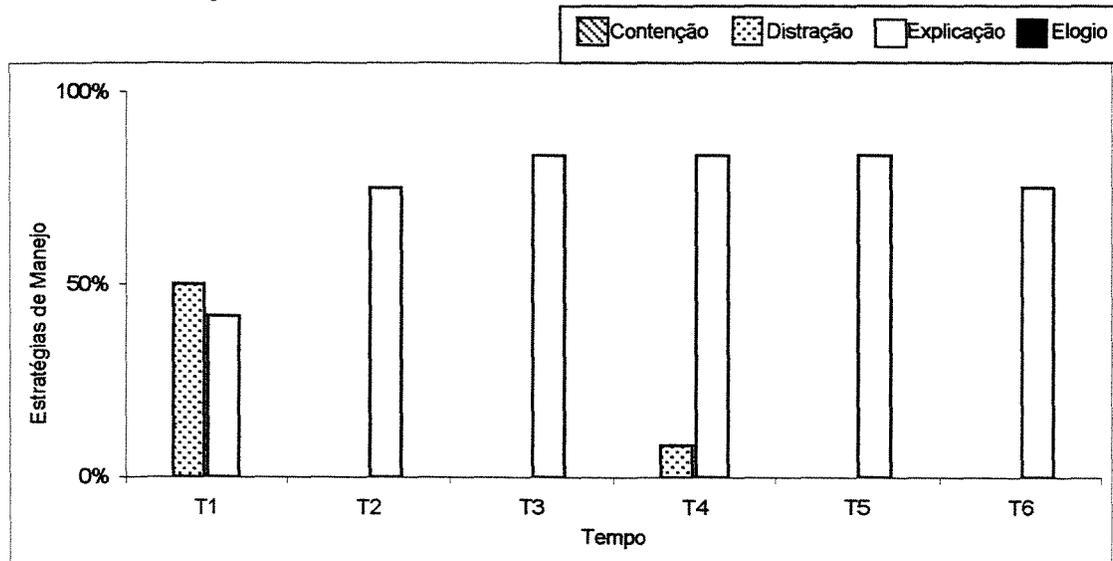


Figura VI.10: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 5ª sessão de atendimento do P - VI.

Tabela VI.5: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 5ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1 - T6	Entrada

Nesta sessão, P-VI emitiu os mesmos comportamentos da sessão anterior, não deitando-se na cadeira e utilizando táticas de atraso. A dentista lembrou-o da contingência e encerrou a sessão sem atividade lúdica. Do mesmo modo que nas sessões anteriores, o paciente não demonstrou medo. Ele conversava com muita desenvoltura com a dentista, fato que surpreendeu a mãe pois, segundo seu relato, ele tinha dificuldades de relacionamento e não conversava nem com outras crianças.

SESSÃO 6

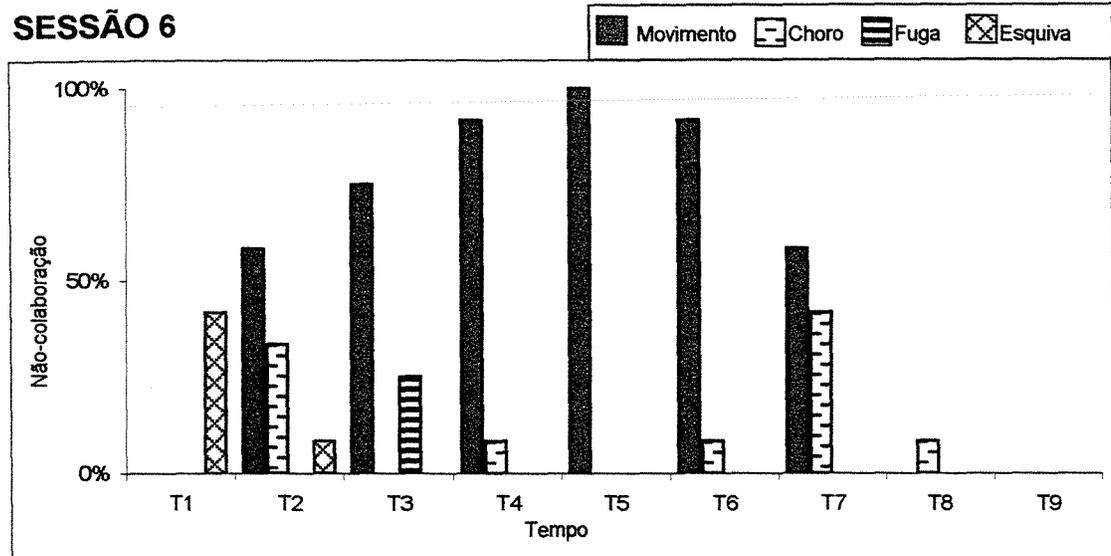


Figura VI.11: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 6ª sessão de atendimento do P - VI.

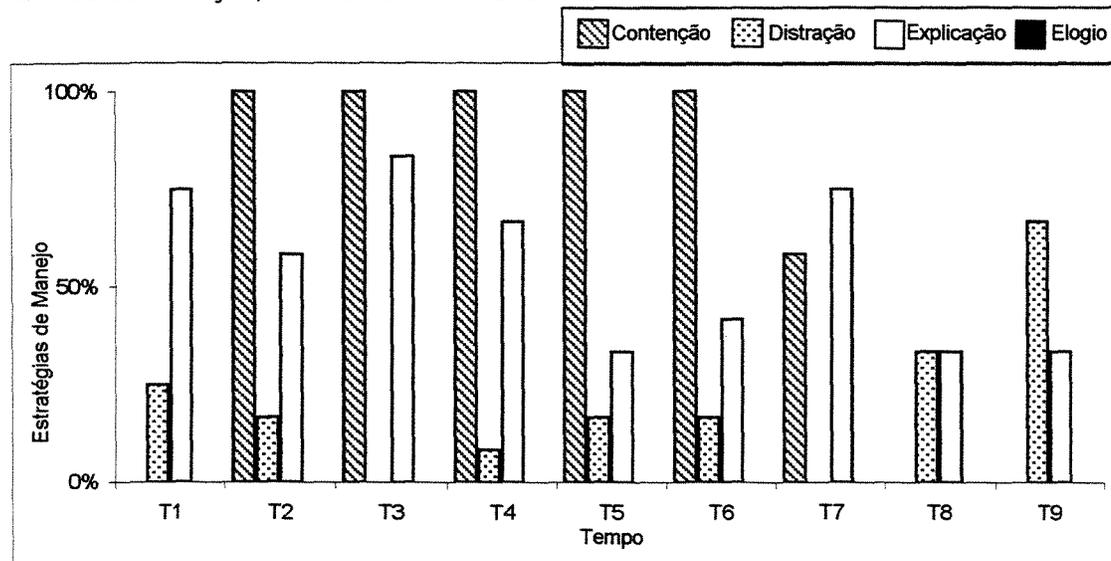


Figura VI.12: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 6ª sessão de atendimento do P - VI.

Tabela VI.6: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 6ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T3	Anestésico tópico e injetável
T4	Isolamento absoluto e preparo cavitário
T5 - T7	Restauração
T8 - T9	Atividade lúdica

No início da sessão, a dentista mostrou os brinquedos e avisou que no final da sessão ele poderia brincar, pedindo-lhe para que deitasse na cadeira. Porém, depois de sentar-se na cadeira, P-VI desceu, recusando-se a subir novamente (Figuras VI.11 e VI.12: T1). A dentista colocou o paciente na cadeira e explicou que o tratamento seria realizado e que, quanto maior sua colaboração, mais tempo sobraria para a atividade lúdica. Entretanto, ele não deitou-se e a dentista, ajudada pela mãe e pela auxiliar, conteve seus movimentos durante a realização do tratamento (Figuras VI.11 e VI.12: T2 - T7).

A criança permaneceu movimentando-se, dificultando sua contenção, e chorando durante toda a sessão. O choro tinha alta intensidade e parecia ter a função de protesto. A dentista, mesmo utilizando contenção física, utilizou estratégias não - aversivas de manejo do comportamento (explicação e distração).

Foi realizada restauração de um dente, sob isolamento absoluto e com o uso de anestesia (tópica e injetável), alta e baixa - rotação. Terminados os procedimentos, P-VI foi para a mesa de atividade lúdica, onde brincou por alguns minutos com a dentista. Durante esta atividade, a criança parecia triste e, ao terminar a sessão, recebeu o brinde e saiu do consultório choramingando no colo da mãe.

SESSÃO 7

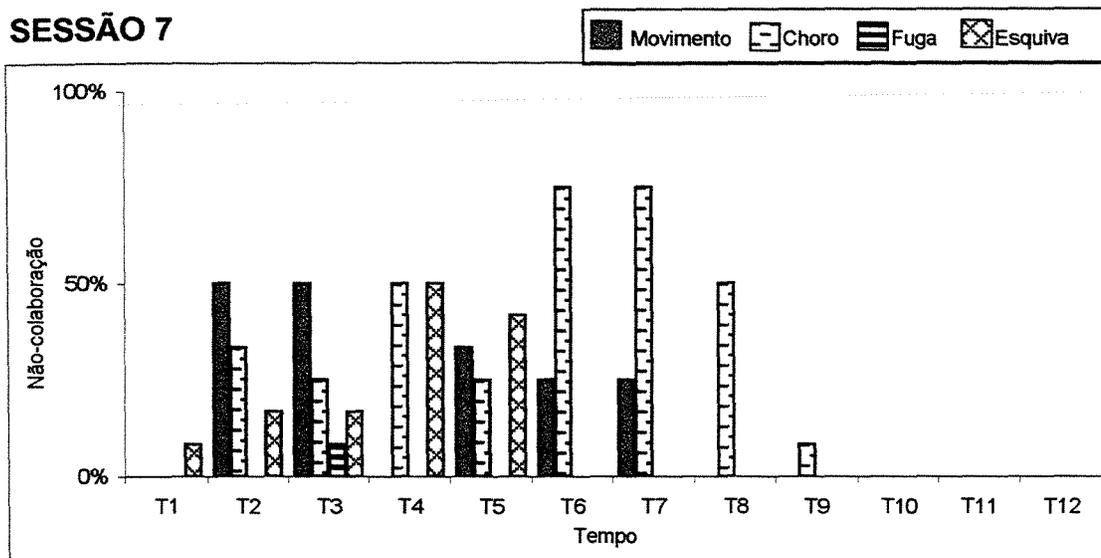


Figura VI.13: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 7ª sessão de atendimento do P - VI.

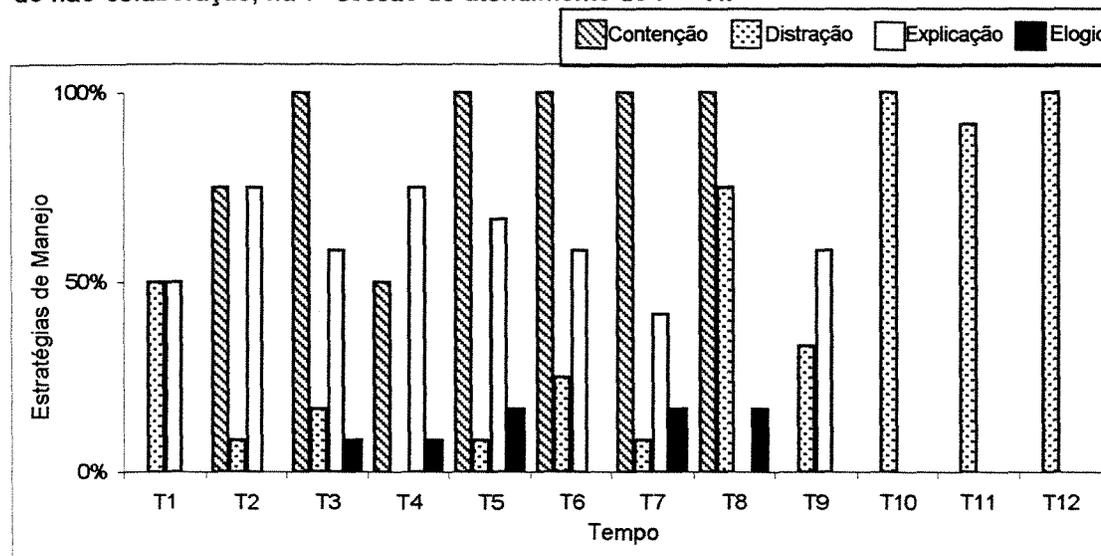


Figura VI.14: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 7ª sessão de atendimento do P - VI.

Tabela VI.7: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 7ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de diazepam.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2 - T3	Anestésico tópico
T4 - T5	Anestésico injetável
T6 - T7	Isolamento absoluto e preparo cavitário
T8 - T9	Restauração
T10 - T11	Atividade lúdica

Nesta sessão, houve necessidade de contenção física durante a realização de todos os procedimentos pois P-VI permaneceu movimentando a cabeça e o corpo e chorando, tentando impedir que a dentista realizasse o tratamento (Figuras VI.13 e VI.14: T2 - T8).

Embora não tendo colaborado, pôde-se notar uma discreta melhora no seu comportamento, uma vez que emitiu movimentos de corpo e cabeça com menor frequência do que na sessão anterior. O choro também foi menos freqüente e a dentista pôde utilizar a distração por mais tempo. A melhora no comportamento da criança foi sentida principalmente durante a atividade lúdica, pois desta vez P-VI participou mais ativamente, conversando e brincando com a dentista e, após receber o brinde no encerramento da sessão, saiu feliz, abraçando a dentista.

SESSÃO 8

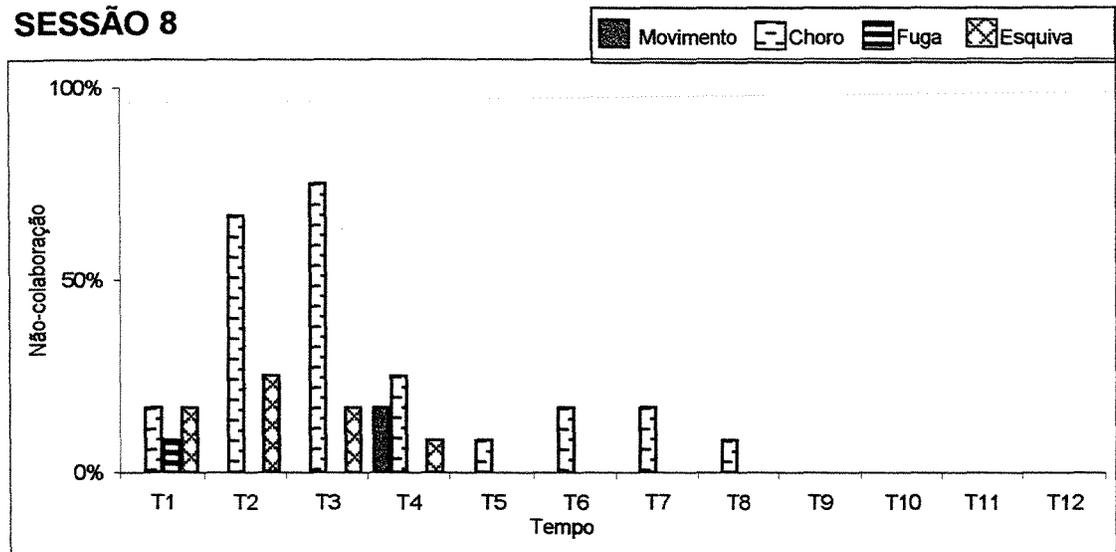


Figura VI.15: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 8ª sessão de atendimento do P - VI.

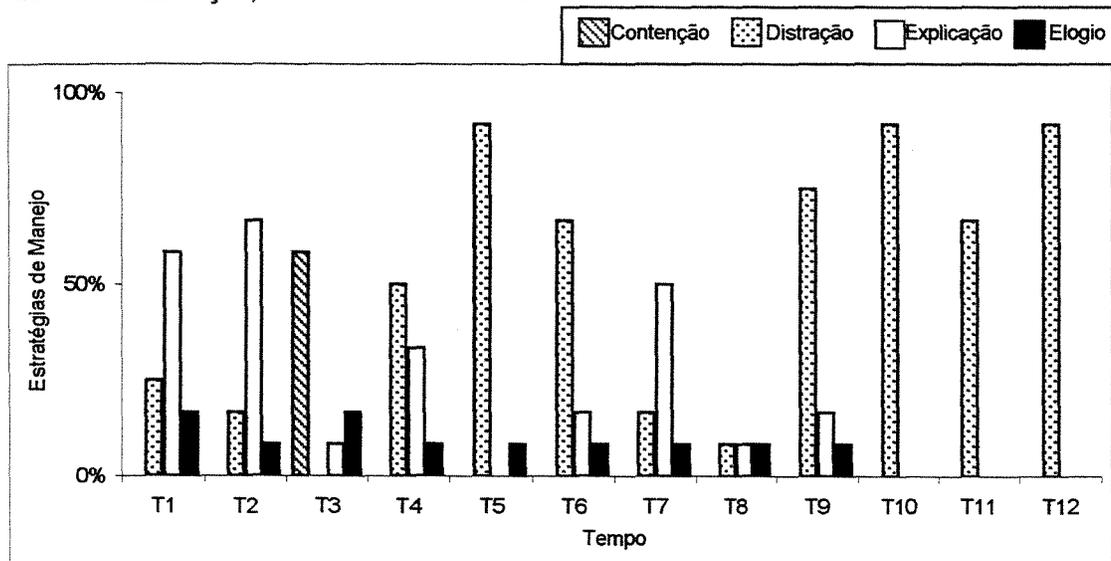


Figura VI.16: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 8ª sessão de atendimento do P - VI.

Tabela VI.8: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 8ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Anestésico tópico
T3	Anestésico injetável
T4	Descanso
T5 - T6	Isolamento absoluto e preparo cavitário
T7 - T8	Restauração
T9 - T12	Atividade lúdica

O paciente acompanhou a dentista, dando a mão para ela pela primeira vez, durante o trajeto da sala de espera ao consultório. Apesar de recusar-se a deitar na cadeira no início da sessão (Figura VI.15: T1), ele foi colaborador durante a maior parte do tempo.

Durante a aplicação do anestésico tópico e injetável, permaneceu chorando, porém sem movimentar-se na cadeira, apenas tentando impedir o início da realização destes procedimentos, cerrando os lábios (Figura VI.15: T2 - T3). A auxiliar manteve suas mãos ao lado da cabeça da criança durante a injeção da anestesia para evitar que ocorresse movimentos bruscos causando ferimentos (Figura VI.16: T3).

A distração e o elogio puderam ser utilizados com maior frequência e a sessão foi concluída com a realização de uma restauração. P-VI participou da atividade lúdica final, que foi mais longa que na sessão anterior devido à melhora em seu comportamento.

SESSÃO 9

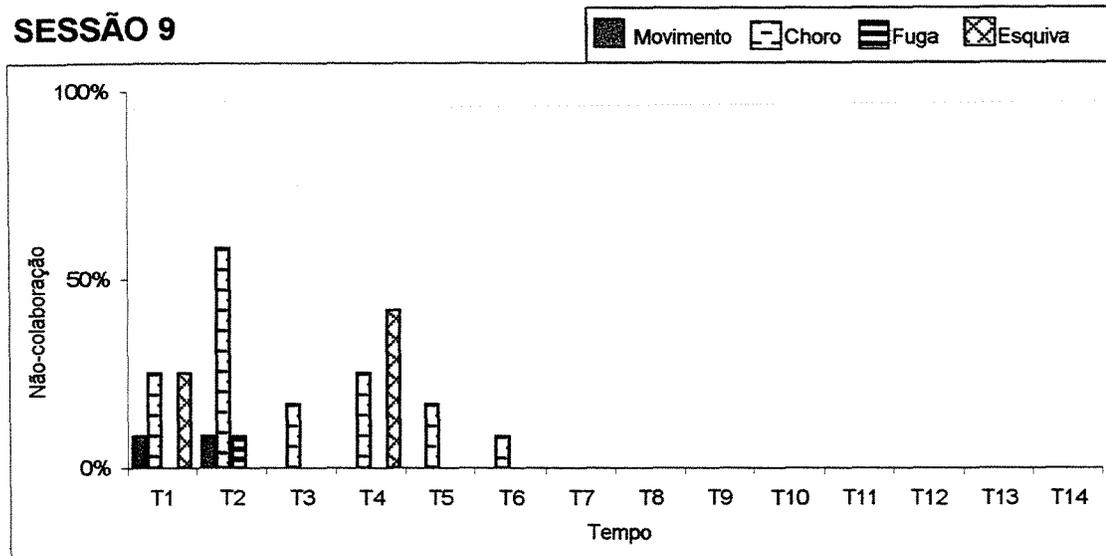


Figura VI.17: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem comportamentos de não-colaboração, na 9ª sessão de atendimento do P - VI.

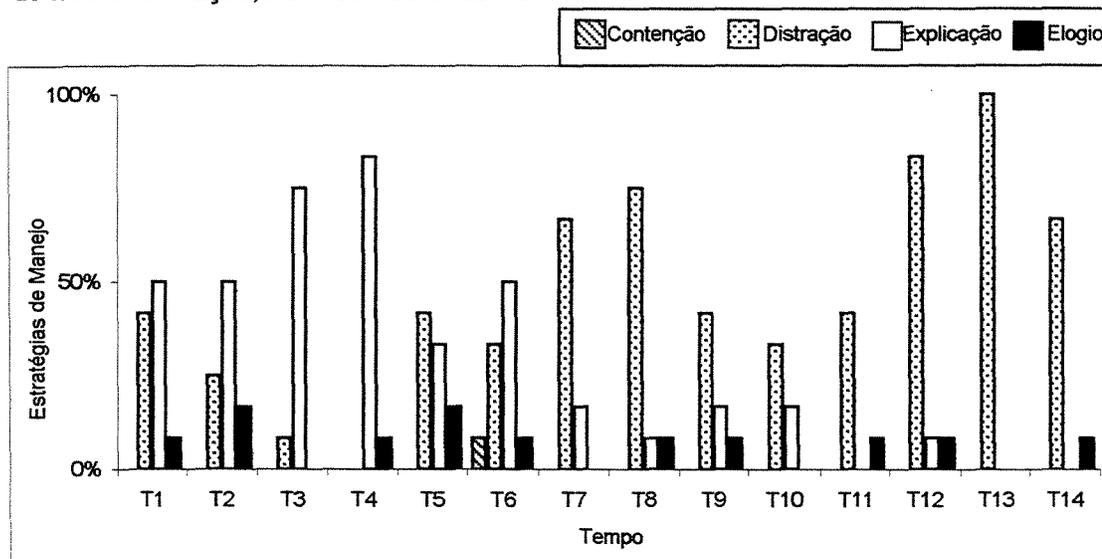


Figura VI.18: Frequência relativa dos intervalos de tempo em que ocorrem as estratégias de manejo do comportamento, na 9ª sessão de atendimento do P - VI.

Tabela VI.9: Procedimentos realizados em cada bloco de tempo de 3 minutos na 9ª sessão de atendimento de P-VI, sob efeito de placebo.

Blocos de tempo (T)	Procedimentos realizados
T1	Entrada
T2	Anestésico tópico
T3 - T4	Interrupção*
T5 - T6	Anestésico injetável e isolamento absoluto
T7 - T8	Preparo cavitário
T9 - T12	Restauração
T13 - T14	Atividade lúdica

* Interrupção: a criança vomitou.

Nesta sessão, P-VI deitou-se na cadeira sozinho, mas começou a chorar assim que a dentista iniciou o procedimento de aplicação do anestésico tópico (Figura VI.17: T2). O choro ou talvez o sabor do anestésico tópico provocou vômito e a sessão foi interrompida por cerca de 5 minutos para a limpeza da criança e da cadeira (Figuras VI.17 e VI.18: T3 - T4). Depois deste momento, a sessão foi realizada com a colaboração da criança, que apenas chorou durante um curto período de tempo em que era realizada a anestesia injetável. Neste momento, a auxiliar posicionou suas mãos ao lado da cabeça da criança para prevenir movimentos durante a punção da agulha (Figuras VI.17 e VI.18: T5 - T6).

Apesar do episódio do vômito, pode-se dizer que esta foi a sessão em que houve maior colaboração por parte da criança, mostrando a adaptação gradual que ocorreu ao longo das sessões. A distração foi amplamente usada e a criança recebeu elogios pelo seu comportamento. Realizada a restauração, a sessão foi encerrada com a atividade lúdica final, durante a qual P-VI mostrou estar muito à vontade e feliz.